FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MIGAULT

Né le 15 janvier 1898
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Asiles de la Seine

DES

RAPPORTS DES SYNDROMES CHORÉIQUE ET MANIAQUE

Travail de la Clinique des Maladies mentales
(M. le Professeur H. CLAUDE)

Président : M. H. CLAUDE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NÉVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFFERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.
LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE CHÉRIE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LOUIS

Sous-Lieutenant au 113e régiment d'infanterie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Mort pour la France le 17 avril 1917.

A MON PÈRE

En témoignage de ma très profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE MAURICE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'inspirer cette thèse et d'en accepter la présidence.

En témoignage de notre reconnaissance profonde pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée et de notre respectueux attachement.

A M. le Professeur agrégé LÉVY-VALENSI

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur QUENU.
M. le Professeur agrégé PROUST.

Externat

M. le Docteur BROUARDEL.
M. le Docteur MOUCHET.
M. le Docteur ARMAND-DELILLE.
M. le Professeur LEGUEU.
M. le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*).
M. le Professeur COUVELAIRE.
M. le Professeur VAQUEZ.

A NOS MAITRES DANS LES ASILES

A M. le Docteur PACTET

Médecin en Chef Honoraire des Asiles de la Seine

En témoignage de reconnaissance et de respectueuse affection.

A M. le Docteur de CLÉRAMBAULT

Médecin Chef de l'Infirmerie Spéciale

En gage de notre dévouement respectueux.

A M. le Docteur HEUYER

Médecin des Hôpitaux
Médecin-Adjoint à l'Infirmerie Spéciale

En reconnaissance de la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée.

A M. le Docteur LOGRE

Médecin-Adjoint de l'Infirmerie Spéciale

A M. le Docteur LEROY

Médecin en Chef à l'Asile Sainte-Anne

En témoignage de ma gratitude.

A M. le Docteur H. BARUK

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Qui nous a amicalement conseillé dans l'élaboration de ce travail.

A MES AMIS LES DOCTEURS

JACQUES VIBERT
ANDRÉ BLONDEL
PIERRE JOSSINET

A MES COLLÈGUES ET AMIS LES DOCTEURS

MALE ET EY

Remerciements.

INTRODUCTION

Les syndromes choréique et maniaque sont tellement dissemblables, qu'il peut paraître difficile, sinon impossible, de vouloir les rapprocher. Un seul point commun existe entre eux, semble-t-il, c'est l'agitation motrice, encore que dans l'un et l'autre cas, elle présente des caractères très particuliers : mouvements brusques, élémentaires, incoordonnés, sans substratum psychique dans la chorée, mouvements complexes, coordonnés, adaptés, liés intimement au psychisme du sujet dans la manie.

Il est certain que dans leur morphologie, ces agitations motrices n'ont rien de commun entre elles.

De plus, il y a dans le syndrome maniaque, une composante psychique tout à fait au premier plan, alors que dans la chorée, les symptômes mentaux, bien que fréquents, ne sont que secondaires et, en outre, très différents de ceux que l'on rencontre dans la manie.

Cependant, il nous a semblé qu'un certain nombre d'analogies pouvaient être, à juste titre, signalées entre les deux syndromes qui nous occupent. C'est tout

d'abord une parenté d'allure, de rythme, si l'on veut, existant entre la présentation d'un maniaque en plein accès et celle d'un choréique aigu. Il y a chez les deux malades une même hyperactivité désordonnée purement motrice chez le choréique, psycho-motrice chez le maniaque ; dans les deux cas, en outre, on retrouve presque la même impossibilité de réfréner ces manifestations.

D'un point de vue plus général, un parallèle suggestif peut être fait entre les deux affections, l'une comme l'autre peuvent revêtir une forme aiguë et une forme chronique, l'une comme l'autre peuvent connaître une cause toxi-infectieuse, parfois la même puisque l'encéphalite épidémique peut, par exemple, dans ses manifestations tardives, faire naître des symptômes choréiques et chez l'enfant notamment, des signes de la série hypomaniaque.

Il n'est pas rare, enfin, de constater dans la chorée aiguë ou subaiguë, certains troubles psychiques s'apparentant à ceux que l'on observe dans le syndrome maniaque : irascibilité, fuite des idées, attention diminuée, troubles psychiques qui, dans certains cas, peuvent arriver à dominer le tableau clinique. Nous avons indiqué, d'autre part, des troubles du même ordre qui, pour n'être pas franchement du type maniaque, s'en rapprochent cependant d'une façon indéniable et que l'on rencontre chez des petits malades atteints de manifestations choréiques, de nature vraisemblablement dégénérative.

Dans un chapitre très court, nous avons cru pouvoir

rapprocher, sans préjuger en rien de la nature des phénomènes qui les régissent, en nous plaçant exclusivement au point de vue clinique. un certain nombre de mouvements anormaux rencontrés en neuro-psychiatrie et qui paraissent créer comme une sorte de transition entre les mouvements choréiques et ceux de l'agitation maniaque.

Ce qui nous a paru le plus intéressant et c'est surtout sur ce point que nous avons insisté, c'est l'association incontestable chez certains malades de manifestations choréiques et de symptômes de la série maniaque.

Le fait qu'il s'agit là de cas relativement rares, non exceptionnels cependant, ne nous a pas semblé devoir diminuer leur intérêt.

La coexistence de ces signes, comme la présence de signes cérébelleux, dans quelques cas de mélancolie, sont peut être de nature à orienter des études qui permettront de jeter quelque lumière sur le mécanisme pathogénique de ces psychoses.

Quant à l'interprétation des faits que nous avons exposés, nous nous trouvons réduits, étant donné l'inexistence de données anatomo pathologiques concernant la manie, à de simples hypothèses que nous espérons voir confirmées dans un avenir assez rapproché.

Considérant les cas que nous avons rapportés, dans ce travail, nous croyons avec M. le Pr Claude que nous remercions d'avoir bien voulu inspirer cette thèse, que les modifications organiques de la manie siègent, au moins en partie, dans les mêmes régions que celles

de la chorée ou dans des régions sensiblement voisines. Quant à leur nature, il ne s'agirait pas dans la manie aiguë, comme dans la chorée aiguë, de lésions, mais de troubles fonctionnels, ou plutôt dynamiques.

Ainsi la pathogénie de la manie sortirait de l'obscurité où elle se trouve dans un sens conforme à l'orientation actuelle de la psychiatrie.

En terminant, nous croyons devoir rappeler que le temps n'est pas très lointain où dans les causes de la maladie de Parkinson, on mettait, au premier plan, les émotions, les soucis et les chagrins, où la chorée était considérée comme une névrose, et nous nous permettons d'espérer que le syndrome maniaque connaîtra lui aussi bientôt une physio-pathologie précise.

HISTORIQUE

Les troubles mentaux présentés par les choréiques ont depuis fort longtemps retenu l'attention des observateurs.

Dès le XI[e] siècle, Garioponto, médecin Salernitain, décrit la chorée unie à la manie et parle d'une forme hydrophobique.

En 1614, Plater regarde la chorée comme une espèce de folie et, un peu plus tard, Schenck, Tulpius, Horstius, Sennert la rangent au nombre des vésanies et la considèrent eux aussi comme une sorte de folie.

En 1668, Sydenham qui le premier traça d'une façon parfaite le tableau de la danse de Saint-Guy, établit une analogie d'ailleurs éloignée entre les choréiques et les aliénés, basée sur la constatation, sur la singulière façon de traîner la jambe qu'ont les premiers « à la manière des insensés » : « Morbus prodit se claudicatione alterutrius cruris, quod æger post se trahit fatuorum more ».

Un siècle plus tard, Cullen, plus explicite, dit que dans la chorée l'esprit est souvent affecté de quelque degré de « fatuité » et offre fréquemment les mêmes émo-

tions passagères déraisonnables et variées, observées dans l'affection hystérique.

Bouteille, de Manosque, dans son *Traité de la danse de Saint-Guy* paru en 1810, considère l'idiotisme léger comme un symptôme capital de la chorée essentielle ; la même année, Bernt parle de « chorea insaniens ».

Vingt ans plus tard, Bouillaud estime que la chorée est une sorte de folie propre aux centres nerveux coordonnant les mouvements volontaires.

En 1842, P. Franck décrit les troubles mnésiques dans la chorée et sans donner aucun détail dit que la maladie peut se terminer par la folie. G. Franck admet la manie comme complication de la chorée.

En 1859, Marcé fait un rapport à l'Académie de Médecine sur « l'état mental dans la chorée », il dit que les troubles mentaux existent dans les deux tiers des cas de chorée quelle qu'en soit la nature. Pour lui, ces troubles sont : dans certains cas des modifications du caractère, dans d'autres, des troubles intellectuels, dans d'autres encore, des hallucinations hypnagogiques s'accompagnant parfois d'excitation et de délire, dans d'autres enfin « un véritable délire maniaque », avec hallucinations, cris rauques, inarticulés, s'accompagnant « d'ataxie motrice et psychique », les mouvements choréiques passant dans ce tableau morbide au second plan.

Marcé, dans son mémoire, donne quatre observations à la vérité, assez discutables. Une seule d'entre elles donne moins prise à la critique. Il s'agit d'une jeune fille présentant une chorée généralisée, de moyenne

intensité, et présentant en même temps tout l'aspect d'une maniaque, avec de violents accès d'agitation liés, semblait-il, à d'incessantes hallucinations. Quant aux trois autres observations, citées dans ce mémoire, elles apparaissent comme ressortissant plus à la confusion mentale agitée ou au délire aigu lié à l'infection qu'à la manie franche, aiguë.

En 1889, Mairet, dans une de ses leçons, parle longuement de manie choréique et en distingue deux formes : la manie choréique hallucinatoire et la manie choréique simple. Il apporte quelques observations précises que nous exposerons dans ce travail et insiste sur ce fait que : « Les troubles choréiques et les troubles mentaux suivent les mêmes péripéties..... Pendant les périodes de simple excitation maniaque les mouvements choréiques sont peu marqués... Quand les troubles psychiques s'atténuent, il en est de même des mouvements choréiques, » il conclut en disant : la folie musculaire et la folie psychique sont des symptômes ressortissant de l'action d'une même cause agissant sur deux régions différentes du système nerveux. Pour lui, manie et chorée sont deux branches d'un même tronc, elles sont de même nature.

Mairet ne se borne pas à constater la coexistence dans certains cas des signes choréiques et des signes maniaques, mais tente de l'expliquer.

Il critique l'interprétation pathogénique qu'en a donné Marcé qui estimait que la manie était souvent subordonnée à la chorée. Pour Mairet, il n'en est rien ; il fait remarquer que les troubles psychiques, tantôt sui-

vent, mais aussi tantôt précèdent les manifestations d'ordre choréique et il en tire cette juste conclusion que la manie, à coup sûr, n'est pas sous la dépendance de la chorée. Se basant sur ce fait que dans ses observations personnelles, aussi bien que dans celles de Marcé, Thore et Ritti, il s'agit d'individus jeunes de 17 à à 22 ans, il en conclut que la manie choréique est de nature pubérale.

Entre les travaux de Marcé et ceux de Mairet, Thore et Ritti avaient publié chacun une observation de manie choréique. Ball, dans ses leçons sur les maladies mentales, en rapportent deux cas d'après Arndt et Leidesdorf.

Signalons que Trousseau dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* rapporte l'histoire d'une jeune fille âgée de 13 ans, choréique, qui à mesure que l'affection nerveuse faisait des progrès, présentait des accès de gaieté exagérée, des convulsions, enfin un délire maniaque pendant lequel elle chantait et poussait des cris furieux.

En France depuis 1890, il n'a plus été que rarement question de la « manie choréique ». Quelques thèses parlent incidemment de l'association des deux ordres de symptômes telles la thèse de Wassich en 1890 et celle de Breton en 1893 sur « les troubles mentaux dans la chorée » écrite sous l'inspiration de Joffroy. Breton se rapportant, en particulier à une observation de Wassich, fait remarquer que les accès de manie s'observent plus fréquemment dans les chorées gravidiques que dans les autres.

En 1910, Rémond et Voivenel, étudiant l'état mental

des choréiques sont d'avis que les troubles mentaux constatés chez ces malades sont de deux ordres : les uns liés à l'état mental de tous les dégénérés, les autres à la confusion mentale hallucinatoire due à l'infection. Ils concluent qu'il n'y a aucun rapport entre les psychoses quelles qu'elles soient qui peuvent survenir au cours des chorées aiguës et la chorée elle-même. Ce sont pour eux des phénomènes morbides surajoutés gardant leur autonomie et non influencés par la chorée.

En 1911, dans un article paru dans la *Revue de Psychiatrie* sur la chorée et les troubles mentaux, Pètit et Marchand écrivent qu'ils ne croient pas à la possibilité de véritables syndromes maniaques apparaissant au cours de la chorée et s'appuyant sur un certain nombre d'observations, ils estiment que dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de manie véritable, mais de confusion mentale agitée, ils sont ainsi d'accord dans leurs conclusions avec Rémond et Voivenel.

En 1926, Dadey, X., X. Abely et Bauer présentent à la Société Clinique de Médecine Mentale un choréique chronique avec excitation euphorique à type maniaque dont nous nous proposons d'exposer l'observation dans le courant de ces pages.

Enfin, le 23 mars 1924, dans un article du *Progrès Médical*, notre Maître le Pr Claude mettait en parallèle les deux syndrome choréique et maniaque. Il exposait le cas extrêmement intéressant d'une malade dont nous reproduirons plus loin l'observation détaillée. Il rapprochait les principaux symptômes présentés par cette malade à la fois choréique et maniaque de ceux de mania-

ques francs et il concluait qu'il n'était pas indifférent d'appeler l'attention sur les caractères communs des syndromes choréique et maniaque et qu'il était légitime de tenter d'éclairer la physiologie pathologique de l'un par celle de l'autre.

Telle est dans ses grandes lignes l'étude des rapports de la chorée et de la manie de 1860 à nos jours en France ; c'est du moins ainsi que nous avons cru pouvoir l'établir. On voit qu'ayant été fréquemment soulevée de 1860 à 1890, la question sembla perdre de son intérêt et que c'est seulement dans ses toutes dernières années qu'elle parut en reprendre.

Les associations des deux affections ne furent pas signalées qu'en France. Dans les pays étrangers en effet, leur étude fut souvent entreprise, mais il semble que ce soit principalement en Allemagne et particulièrement de 1850 à 1910 que les auteurs s'intéressèrent à la question.

Wunderlich (1854) note des états affectifs divers : colère, excitation, etc..., dans la chorée et insiste sur l'instabilité du caractère. La même année, Watson, dans les « grandes lois de thérapeutique pratique », signale la fréquence d'une grande irritabilité et d'une grande variabilité du ton affectif dans la chorée.

Hasse, en 1855, décrit l'enjouement et l'irritabilité qu'il a rencontrés chez certains choréiques.

Romberg (1857) insiste sur l'excitation intellectuelle chez un grand nombre de choréiques.

Arndt (1868) signale comme se produisant assez fréquemment dans la chorée un état d'agitation extrême avec cris, chants, rugissements, etc...

Meyer (1870) fait paraître dans les *Archives de Psychiatrie* un long article intitulé « Chorée et Manie ». Constatant leur coexistence, il se demande s'il s'agit d'une continuité du trouble moteur et du trouble psychique ou s'il ne s'agit pas plutôt d'un processus central qui produit d'un côté le trouble psychique et de l'autre le trouble moteur.

Meyer pense que les faits confirment plutôt cette dernière hypothèse. Avant de consacrer la fin de son article à discuter les rapports de la chorée et du rhumatisme articulaire aigu, il rapporte un cas de Russel, puis un cas personnel dont nous donnerons plus loin l'exposé.

Ziemsen (1877) insiste sur la mobilité de l'humeur, la labilité de l'attention et l'irritabilité dans la chorée.

Emminghaus (1878) pense que les cas de manie associés à la chorée, sans être rares, sont cependant moins fréquents que les formes stuporeuses, neurasthéniques ou de délire aigu.

Mendel (1881) est d'avis également que les formes maniaques sont moins fréquentes que les formes mélancoliques.

Kraft-Ebing (1883) signale une forme maniaque de la chorée.

Salgo (1889) insiste longuement sur les états choréiques associés à l'agitation maniaque, avec turbulence et fuite des idées.

Jolly (1891) et Moebius (1892) parlent de la fréquence de l'excitation maniaque dans la chorée.

Koch, sur une statistique de 267 choréiques, trouve 25 cas de « nette excitation psychique ».

Zinn (1896) écrit que les états psychopathiques généralement rencontrés dans la chorée sont caractérisés par l'agitation, l'irritabilité, et des troubles de l'humeur, surtout chez les enfants ; chez les adultes, il dit avoir rencontré plutôt des formes dépressives et il conclut en disant, qu'à son avis, les formes choréiques aiguës donnent surtout lieu à des états psychopathiques de type maniaque, ou confusionnel, et que dans les formes chroniques, on aurait plutôt affaire à des états dépressifs, ou même stuporeux.

Bernstein (1897) est frappé des troubles de l'attention présentés par les choréiques, il estime que ceux-ci sont dus, non pas à une hypoprosexie, mais plutôt à une hyperprosexie. Il rapproche l'excitation psychique partielle et l'agitation motrice des malades et ajoute qu'il ne s'agit cependant pas de manie, car « l'hyperexcitabilité motrice et intellectuelle n'est que fragmentaire et non généralisée ».

Pour lui les délires, les psychoses, qu'on a décrit survenant au cours de la chorée ne sont que des éléments surajoutés, au même titre que les délires dans la démence paralytique. Selon Bernstein il y aurait des cas où les phénomènes moteurs seraient nuls.

Wernicke observe dans la chorée une humeur irritable, coléreuse, et un certain degré d'excitation psychique.

Cramer note également l'exaltation de l'humeur.

Kleist, étudiant les troubles mentaux dans la « chorea minor » les distinguent en trois catégories : Troubles dépressifs de l'humeur avec anxiété, léger affaiblisse-

ment psychique avec diminution de la spontanéité, enfin exaltation de l'humeur, avec tendance coléreuse. Il fournit une statistique de 154 cas de chorées et s'inspirant des conceptions de son Maître Wernicke, il en fait entrer quatre-vingt quinze dans la manie coléreuse, individualisé par celui-ci.

Knauer (1897) cite le cas d'une malade qui semble bien être une « circulaire » et qui présente, au cours de ses accès d'agitation des mouvements choréiques.

Koepen signale les mouvements choréiques dans la manie.

Jastrowitz rapporte deux cas de confusion hallucinatoire anxieuse, avec crise maniaque survenant chez les choréïques.

Kraepelin souligne la parenté des troubles observés dans les chorées, avec ceux des maladies infectieuses : Troubles sensoriels, états oniriques, stuporeux, excitation, il décrit, en outre, une psychose choréique dont les caractéristiques seraient : la perte du jugement, une grande agitation et une « gaieté anormale ».

En 1910, Viedenz rapporte cinq cas de troubles mentaux survenant au cours d'une chorée à caractère d'agitation confusionnel, avec hallucinations.

En 1910 également, Runge pense qu'il est très douteux que l'on ait observé réellement un véritable état maniaque survenant chez les malades atteints de « chorea minor » ; pour lui, il y a toujours généralement des troubles de la conscience associés et il s'agit en réalité d'états confusionnels.

Il critique les 95 cas de Kleist et n'en trouve que 4

avec réelle exaltation d'humeur. Cependant, ajoute-t-il, il n'est pas absolument impossible qu'une fois par hasard, on rencontre un « chorea minor » avec une manie.

Dans le traité d'Aschaffenburg (1912) et dans le chapitre des psychoses infectieuses rédigé par Bonhœffer, ce sont surtout les rapports des troubles mentaux de la chorée de Sydenham avec l'hébéphrénie qui sont étudiés.

Benhœffer note que l'on a surtout observé les troubles du caractère et un trait qui lui paraît capital : l'absence de spontanéité. Il souligne que certains auteurs ont cru devoir noter des syndromes maniaques avec exaltation, fuite des idées et euphorie survenant au cours de la chorée. Pour lui, il s'agit bien plutôt de formes confusionnelles.

Depuis 1912, il semble qu'on ait peu parlé en Allemagne des troubles mentaux, surtout à caractère maniaque, au cours de la chorée, alors que de 1850 à 1910, cette question semble avoir particulièrement intéressé les auteurs de ce pays. Ils sont presque tous restés sur le plan clinique, se bornant en particulier à constater certains signes de la série maniaque apparaissant au cours de la chorée, discutant l'interprélation des faits, sans tenter d'en donner une explication pathogénique.

Pour eux, la chorée comme le rhumatisme articulaire aigu est une maladie infectieuse qui peut, en même temps, que des signes moteurs déclencher des symptômes psychiques très divers, parmi lesquels ceux de l'excitation maniaque qui ne leur paraît pas exceptionnelle.

Dans les pays anglo-saxons, Banks, en 1860, écrit un

article sur la manie aiguë se produisant au cours de la chorée ; plus tard, Wilks, Wiglesworth rapportent des cas cliniques où coexistent les troubles choréiques et des signes d'agitation. Russel donne la statistique de 38 choréiques avec troubles mentaux parmi lesquels il relève six cas graves s'accompagnant de manie et de délire.

H. N. Meyer (1901) rapporte un cas fort intéressant : c'est celui d'une fillette atteinte de chorée se compliquant d'un état maniaque au cours de son évolution, les troubles mentaux et les troubles moteurs évoluant parallèlement et disparaissant en même temps.

Maudsley individualise des manies choréiques.

Lewis présente un cas de chorée aiguë s'accompagnant de symptômes maniaques.

En 1907, Finny et Musselwhite donnent des observations de choréiques ayant présenté, au cours de leur affection, une excitation maniaque très violente.

Dieffendorf publie enfin, en 1912, un cas de chorée survenant dans une psychose maniaque.

En Italie, de 1901 à 1907, plusieurs cas semblables furent publiés. En 1903, Mircoli distinguant des chorées dégénératives, des chorées rhumatismales et des chorées traumatiques, écrit que les troubles mentaux rencontrés dans la chorée rhumatismale sont principalement caractérisés par l'excitation physique.

Maggiotto et Girardini présentent des observations d'états qu'ils qualifient de maniaques s'accompagnant des mouvements choréiques, mais c'est surtout Riccardo Albericci qui apporte une contribution intéressante à l'étude de la question en publiant une observation que

nous résumerons dans les pages qui vont suivre.

En Russie, Korsakoff parle lui aussi d'une manie choréique.

Il ressort de ce long historique que depuis près d'un siècle au moins et dans tous les pays certaines associations, certaines analogies entre la chorée et la manie ont attiré l'attention des auteurs. Certes, l'impression qu'on retire de la lecture de ces dernières pages est un peu confuse, du fait du caractère énumératif qui est le leur, d'une part, et d'autre part, de la difficulté que nous avons eue à démêler quels étaient exactement les malades dont voulaient parler les auteurs.

Il nous paraît vraisemblable qu'ils aient fort souvent décrit sous le nom d'excitation maniaque un syndrome voisin mais non identique ; nous voulons parler de l'excitation confusionnelle, il n'en reste pas moins que dans le nombre des observations publiées, certaines peuvent être légitimement considérées comme décrivant réellement un état maniaque avec symptômes choréiques associés. Nous en avons choisi quelques unes que nous nous proposons d'exposer sommairement dans un chapitre suivant.

Ajoutons pour terminer qu'il semble bien que l'on n'ait pas tenté de donner une interprétation pathogénique des faits constatés.

Parmi les auteurs contemporains, seul, comme nous l'avons vu, M. Claude, après avoir attiré l'attention sur les caractères communs des deux syndromes, émet une série d'hypothèses sur la pathogénie de la manie que nous formulerons, à nouveau, dans ce travail.

LE SYNDROME MANIAQUE ET LE SYNDROME CHORÉIQUE. LEURS ANALOGIES

Avant de présenter dans un chapitre ultérieur les observations des malades ayant présenté à la fois des symptômes choréiques et des symptômes maniaques, nous croyons qu'il est utile de rappeler extrêmement sommairement les principaux caractères de la manie, ainsi que ceux du syndrome choréique, en insistant tout particulièrement sur les troubles de la motricité dans l'un et l'autre cas.

Nous nous efforcerons, en outre, de montrer les analogies qui existent, à notre avis, entre ces deux affections.

Nous allons tracer tout d'abord le tableau clinique d'un accès maniaque typique, symptomatique d'une psychose périodique. Son début est en général insidieux, caractérisé par un sentiment de malaise général, d'inaptitude au travail, de tristesse, s'accompagnant d'insomnie, d'anorexie. Les prodromes de l'accès sont donc exactement de teinte inverse de celle des symptômes de la

période d'état. A cette période, en effet, trois ordres de troubles caractérisent la maladie.

En premier lieu, ce sont les troubles psychiques qui attirent l'attention ; ils sont dus à une excitation intellectuelle intense et se manifestent extérieurement par un bavardage incoercible (logorrhée) par des écrits sans nombre (graphorrhée). Il est classique de dire que le malade présente « une fuite des idées » qui résume, pour ainsi dire, le mécanisme de tous les symptômes morbides.

A cette fuite des idées, s'associent la malveillance et l'irritabilité, une ironie méchante et agressive à l'égard de l'entourage.

Le malade émet, dans certains cas, quelques idées délirantes dont le caractère est presque toujours mégalomaniaque « il est riche, puissant, plein de santé ; dans son esprit abondent des projets ambitieux, des inventions remarquables, etc. »...

Des hallucinations, ou plus probablement des pseudo-hallucinations peuvent se produire. Beaucoup plus fréquemment, il ne s'agit pas d'hallucinations, mais d'illusions s'accompagnant de fausses reconnaissances presque constantes dans la manie.

Dans le domaine affectif, c'est l'euphorie et la mobilité de l'humeur qui sont les symptômes cardinaux ; un certain érotisme lié à une hyperexcitation génitale constitue, en outre, l'un des symptômes courants de l'affection.

Découlant de tous ces troubles psychiques, la conduite du malade est faite de manifestations inopportu-

nes, désordonnées et impulsives, telles que : chants, cris, pleurs, rires bruyants, danses, bonds, etc...

La composante motrice du syndrome maniaque dans certains cas, au second plan, mais ne manquant, pour ainsi dire jamais, se caractérise par des mouvements du type principalement gesticulatoire ; ce sont des contorsions, des gestes de menaces, d'amour, d'imploration, d'extase, auxquels se joignent quelquefois des attitudes maniérées, souvent stéréotypées, qui pourraient faire craindre l'hébéphréno catatonie.

On se trouve dans les cas de manie aiguë, en présence d'une agitation motrice tellement intense, de rythme tellement rapide qu'il est évidemment très difficile de déterminer dans cette « véritable avalanche motrice » si chacun de ces mouvements en particulier, est exactement adéquat à l'état psychique concomitant du malade et connaît, en quelque sorte, sa justification psychique.

Dans l'ensemble cependant, l'aspect moteur est parallèle aux idées et aux tendances exprimées par le malade en étant, pour ainsi dire, la traduction fidèle dans le domaine de l'expression motrice.

Malgré leur diversité, leur rapidité, leur brusquerie, les gestes du maniaque restent dans l'ensemble habiles, coordonnés et adaptés à un but déterminé.

Traduisant le désordre fonctionnel dont les troubles psychiques et les troubles moteurs peuvent être considérés que comme n'étant qu'un autre aspect, les troubles généraux habituellement observés dans

l'accès maniaque sont du même signe que les autres désordres.

Ils apparaissent eux aussi comme fonction de « l'hyperactivité générale » ou plutôt de la « dérégulation fonctionnelle globale ».

La nutrition générale, la circulation périphérique sont actives, le pouls est rapide, plein, les mouvements respiratoires sont augmentés de fréquence et leur amplitude est exagérée. L'appétit est d'ordinaire excellent amenant une augmentation de poids rapide.

Il n'est pas rare, en outre, de constater, chez le maniaque, une légère hyperthermie.

L'insommie est constante, partielle, parfois totale ; elle amène, associée au surmenage de l'organisme au bout d'un temps variable, mais en général, tardivement, un amaigrissement plus ou moins considérable.

Tels sont les principaux symptômes observés dans la période aiguë de la maladie. Ajoutons que si l'attention volontaire du malade est difficile à fixer, on obtient cependant, en insistant, quelques réponses pertinentes de sa part, prouvant qu'il est bien orienté et tout à fait présent.

Lorsque l'accès n'est pas trop intense, le malade conserve une certaine conscience de son état morbide et plus tard, après la guérison, il lui en restera un souvenir souvent précis.

Il s'en faut de beaucoup que l'accès maniaque se présente toujours sous une forme aussi schématique, il est d'abord souvent plus atténué, constituant alors l'état hypomaniaque, parfois également, son intensité est

tellement grande qu'il réalise le tableau de la « manie furieuse ».

Dans sa forme typique même, la prédominance de l'un ou l'autre des ordres de symptômes dont nous parlons plus haut, lui assure un caractère spécial.

On sait, enfin, qu'il se surajoute souvent un élément confusionnel qui vient apporter quelque difficulté au diagnostic.

L'évolution de l'accès maniaque, symptomatique d'une psychose périodique se fait, en général, au bout d'un temps extrêmement variable vers la guérison, ne laissant pas de traces cliniquement appréciables.

Dans certains cas, d'ailleurs rares, l'évolution se fait, au contraire, vers la manie chronique caractérisée par une agitation restreinte et une excitation psychique atténuée et stéréotypée dans ses expressions ; elle s'accompagne, dans certains cas, de délire systématisé secondaire, ne faisant vraisemblablement que révéler le plus souvent un fond constitutionnel paranoïaque.

L'accès maniaque ne traduit pas exclusivement l'existence d'une psychose périodique. Il est symptomatique dans certains cas d'une autre affection mentale qui vient d'ailleurs surajouter ses signes propres. Il en est ainsi dans des cas d'intoxication alcoolique, de démence précoce, dans certaines schizophrénies, dans la paralysie générale, dans la démence sénile. Il n'est pas jusqu'aux tumeurs cérébrales qui n'aient pu donner au cours de leur évolution de véritables accès maniaques. Il en a été rapporté au moins un cas.

Nous n'avons voulu esquisser qu'un tableau bref et sommaire de l'accès maniaque typique, nous nous excusons d'avoir été contraints, dans ces conditions, de le faire peut-être trop schématiquement ; nous croyons cependant que de cette description ressortent les éléments essentiels du syndrome maniaque : Exaltation psychique spéciale, et agitation motrice coordonnée, étroitement liées l'une à l'autre.

Il n'entrerait pas dans le cadre de ce travail que nous entreprenions d'étudier autrement que très succinctement le syndrome choréique ; nous laisserons en particulier tout à fait de côté la question étiologique, pour ne décrire que les caractères principaux des mouvements observés dans ce syndrome.

Nous insisterons aussi sur les troubles mentaux rencontrés dans la chorée, qu'il s'agisse de chorée chronique ou de chorée aiguë, montrant que dans bien des cas, ils rappellent certains des éléments de la série maniaque.

Rappelons brièvement tout d'abord le caractère des mouvements choréiques. Ce sont des contractions musculaires, involontaires, spontanées, se produisant au repos, imprévues, sans but, d'une brusquerie et d'une rapidité tenant le milieu entre celle du tic et celle des mouvements choréo-athétosiques.

Par leur caractère élémentaire, leur illogisme, les mouvements choréiques sont presque impossibles à analyser. D'après G. Sée, il s'agirait de chocs, de sautillements, de secousses insolites, se reproduisant avec rapidité.

Thiemich les caractérisent d'un mot, en disant que le malade « gigote » sur place.

Quand à leur localisation, elle est extrêmement variable ; elle peut, dans les formes légères et surtout au début, n'intéresser qu'un groupe de muscles, soit au niveau de la langue, soit à la face, soit aux membres ; dans les formes plus graves, c'est la totalité de la musculature volontaire qui selon l'expression de Kraemer se trouve « en furieuse révolte ».

Dans certains cas graves, on rencontre une chorée du larynx se traduisant par une toux spéciale. par des sifflements, des aboiements, etc... par des troubles de l'articulation des mots.

Quand il s'agit de mouvements choréiques, atteignant les membres et en particulier, les membres supérieurs, commençant dans ce cas par l'extrémité distale, puis gagnant peu à peu la racine du membre, les mouvements anormaux, arythmiques, sans but, inégaux d'un côté et de l'autre, gênent le malade profondément dans les fonctions de son membre et le rendent malhabile.

Quand la localisation des mouvements choréiques est prédominante aux membres inférieurs, on observe des mouvements d'extension de la jambe, de flexion de la cuisse sur le bassin, de rotation, d'abduction, adduction, de l'ensemble du membre, ou de l'un de ses segments, dont la combinaison font exécuter au malade des enjambées, des glissades, des écarts, des projections du corps en tous sens (G. Sée). Si le malade est assis, ses jambes se croisent et se décroisent, sans cesse, s'il essaie de garder la station verticale, il ne le peut

qu'au prix d'un piétinement perpétuel : souvent, il vacille et tombe (Babonneix). Les troubles de la marche dans les formes graves au moins, sont tels, que le malade peut à peine se tenir debout. Si la chorée est moins accentuée, le sujet présente simplement une sorte de piétinement continuel ; si elle est moins accentuée encore, les troubles de la marche sont plus légers et intermittents.

Pour André Thomas, il y a lieu de distinguer dans l'ensemble de ces mouvements, ceux qui sont proprement choréiques et ceux qui sont dus à des secousses clonico-toniques non influencées par le repos, ni par la volonté et semblant plus nettes à mesure que la grande agitation diminue.

Si l'on s'en tient à la description classique des mouvements choréiques, il faut noter qu'ils sont calmés par le sommeil, au moins dans les cas légers, le repos au lit, l'isolement et dans une certaine mesure, au moins dans quelques chorées de Sydenham, par la volonté. Ils sont accrus, au contraire, par le travail, la fatigue, la simple station verticale, les excitations extérieures, les mouvements actifs, les efforts déployés par la malade pour garder l'immobilité, enfin les émotions, mêmes légères (Babonneix).

Tels sont très brièvement exposés les caractères du symptôme essentiel de la chorée, c'est-à dire, des mouvements involontaires. Suivant la description donnée par Babonneix dans sa très intéressante monographie, nous avons surtout décrit dans les lignes précédentes, l'agitation choréique rencontrée dans la chorée de

Sydenham. Dans la chorée chronique, bien que conservant la même physionomie générale, les mouvements anormaux présentent cependant quelques particularités. Alors que dans la chorée aiguë, nous les avons vus simples, très brusques, subits et irréguliers, d'apparence tout à fait inadaptés, dans la chorée chronique, type Hutington, ils ressemblent déjà davantage à un geste adapté, caractérisés par des mouvements de dandinement, de danse, plus complexes dans leur présentation.

En réalité, il ne s'agit que d'une apparence de coordination, de près, en effet, on constate la même brusquerie que dans les mouvements observés dans les chorées aiguës, et les malades interrogés répondent que tous ces gestes se produisent en dehors de leur volonté : « Mon bras, ma jambe », disent-ils, « bouge malgré moi ». Il ne s'agit donc là toujours que de manifestations exclusivement motrices.

Quant aux troubles mentaux, ils semblent surtout importants, pour la plupart des auteurs, dans les chorées chroniques, caractérisés par les troubles du caractère au premier rang desquels viennent : l'irritabilité et l'excitabilité excessives, l'insouciance, le laisser-aller, la tendance à l'érotisme, les troubles intellectuels, se résumant dans une déficience de la mémoire et de l'attention, réalisant parfois le tableau d'une véritable démence à type spécial, enfin par des troubles psychiques contingents, tels que des troubles délirants (H. Claude. P. Meignant et Lamache).

Quant aux chorées aiguës, elles s'accompagnent elles

aussi souvent, mais non toujours, de troubles psychiques peu accentués qui portent, dans la majorité des cas, sur le caractère, l'humeur devient mobile, le malade irascible, indocile et bizarre.

Plus rares sont les troubles portant sur le jugement, la mémoire et la volonté.

Parfois, comme nous l'avons signalé dans l'introduction, on peut voir apparaître dans la chorée aiguë ou subaiguë un ensemble de troubles psychiques très voisins de ceux de la manie, dont la prédominance peut même dans certains cas reléguer au second plan dans le tableau morbide les mouvements choréiques.

*
* *

La lecture des lignes qui précèdent suffit à montrer les différences profondes qui existent entre les syndromes choréique et maniaque, mais elle permet aussi de distinguer entre eux quelques analogies. Tout d'abord, il y a dans la présentation du choréique et dans celle du maniaque, comme une sorte de parenté de rythme : l'un comme l'autre présentent une hyperactivité désordonnée, le choréique au point de vue exclusivement moteur, le maniaque dans le domaine psychique et moteur étroitement associés.

En outre, il est possible de discerner, même en exceptant les cas où apparaissent des symptômes à caractère franchement maniaque, dans les troubles mentaux de la chorée, principalement de la chorée aiguë, des analogies avec ceux de l'état maniaque. Instabilité, irascibilité,

mobilité de l'attention ne se retrouvent-elles pas dans les deux syndromes? Simple analogie, sans doute, mais dont la valeur est peut-être renforcée par la constatation de faits cliniques, comme ceux que nous exposerons, où se confondent symptômes choréiques et maniaques.

Chez l'enfant, il existe des points de contact plus nets et des transitions multiples entre des états tels que : chorée subaiguë, instabilité, tics et état hypomaniaque.

C'est pourquoi, en terminant ce chapitre, nous dirons quelques mots sur l'instabilité psycho-motrice constatée d'une manière habituelle, chez les sujets, atteints non pas de chorée aiguë, mais soit de séquelles chroniques d'un épisode infectieux, ou d'un état subaigu révélateur d'une récidive, soit, et surtout de chorée du type dégénératif.

Lorsqu'on se trouve en présence de semblables malades, on constate chez eux une instabilité diffuse considérable, pouvant rappeler un état hypomaniaque, et d'autre part, ils ne peuvent rester immobiles, présentent de légers mouvements des doigts et des bras, à type choréo-athétosique ; leur visage est animé de grimaces, de moues, etc...

Ce qu'il est important, en outre, de noter, c'est que dans beaucoup de cas, une certaine instabilité psychique est parallèle à l'instabilité motrice. Il s'agit parfois d'une sorte d'éréthisme nerveux global caractérisé dans le domaine psychique par l'hyperémotivité, les insomnies oniriques, l'agitation et les terreurs nocturnes, etc... dans le domaine moteur, par une agitation

diffuse et par des mouvements choréiques ou choréo-athétosiques. Du fait de cette asynergie psychique, de cette instabilité, ces enfants paraissent d'un niveau mental faible, alors qu'en réalité, ils sont, à cet égard, normaux.

Enfin, dans certains cas, chez le jeune choréo-athétosique fruste, cette intrication de troubles est au maximum et l'on voit apparaître chez lui un certain nombre de symptômes se rapprochant franchement de ceux de l'hypomanie : il parle avec volubilité, est sans cesse en mouvement, présente même une véritable fuite des idées ; tous ces signes réunis, font de lui un véritable petit hypomaniaque.

Il s'agit là, certes, de cas relativement rares, néanmoins, l'instabilité, la subexcitation psychique, les troubles de l'attention restent les notes dominantes que l'on constate couramment chez ces jeunes choréiques et nous ne pouvons nous empêcher de constater que tous ces signes constituent l'essentiel du syndrome maniaque et de penser que ces phénomènes morbides, bien que séparés par la clinique, sont peut-être liés dans leur genèse.

ETUDE COMPARATIVE DE L'AGITATION MANIAQUE ET DE CERTAINS MOUVEMENTS ANORMAUX (TICS, STÉRÉOTYPIE, MANIÉRISME)

Dans un chapitre précédent, nous avons étudié comparativement les caractères de l'agitation motrice dans le syndrome choréique et dans le syndrome maniaque. Nous les avons montrées radicalement dissemblables ; manifestation purement motrice dans un cas ; dans l'autre cas liée au psychisme du sujet et le traduisant presque expressément.

Nous signalons, en particulier ici, l'influence de la volonté inhibant, pour un temps d'ailleurs très court, lorsqu'on la sollicite opportunément, l'activité désordonnée du maniaque, impuissante, au contraire, dans l'immense majorité des cas à calmer les mouvements du choréique.

Il s'agit donc de phénomènes très différents les uns des autres. Il nous a semblé cependant qu'il n'était pas impossible, ni inutile, dans un court chapitre, de rechercher s'il n'y a pas parmi tous les mouvements anormaux rencontrés en pathologie nerveuse et en pa-

thologie mentale, des intermédiaires entre ces deux termes extrêmes et d'en faire une rapide étude comparative, du point de vue particulier de la participation de plus en plus grande du psychisme.

Il ne s'agit évidemment pas de créer artificiellement une gamme continue qui irait des mouvements choréiques élémentaires jusqu'aux mouvements coordonnés de la manie, faisant ainsi, des uns et des autres, des troubles moteurs du même ordre, mais simplement d'essayer, en se plaçant sur le terrain clinique, de montrer qu'entre eux, il existe des formes intermédiaires dans lesquelles la participation psychique semble jouer un rôle progressivement plus net.

Nous ne reviendrons pas sur les mouvements choréiques que nous avons décrits d'autre part. Rappelons ce que nous avons déjà signalé, que pour n'être pas tout à fait de la même physionomie, les mouvements de la chorée chronique et ceux de la chorée aiguë n'en restent pas moins purement automatiques, manifestations exclusivement motrices, au même titre que les mouvements athétosiques.

Déjà dans les tics, la participation psychique paraît moins négligeable.

Morphologiquement, les tics paraissent moins élémentaires que les mouvements choréiques, ils présentent une coordination plus grande, une adaptation plus précise, encore que l'une et l'autre demeurent sommaires. Le mouvement choréique est amorphe, celui du tic est figuré (Oddo).

Dans leur genèse, il n'est pas exceptionnel de déter-

miner soit une origine idéique, soit une cause extérieure perçue par la conscience, coordonnant au début les mouvements anormaux vers un but précis.

Mais c'est surtout sur l'influence de la volonté qu'il nous a paru intéressant d'insister. Dans le syndrome choréique, on sait que malgré leur volonté, les malades sont non seulement dans la plupart des cas dans l'impossibilité absolue de « freiner » leurs contractions musculaires, mais qu'au contraire, par l'émotion que leur procure cet effort volontaire, toutes ces contractions s'exagèrent. Chez les tiqueurs, les choses sont différentes.

Ces malades peuvent toujours, s'ils le veulent, retarder l'apparition de leur accès ; ils peuvent, de plus, par un effort de volonté et d'attention, ou sous l'influence d'une distraction, en modifier la forme ou la durée.

Cette possibilité de retarder, d'atténuer, ou de suspendre l'acte convulsif est d'ailleurs l'un des éléments de diagnostic les plus classiques pour différencier les mouvements choréiques des tics.

L'existence de « tics verbaux » tendrait peut-être encore à montrer que la participation psychique est plus importante dans la maladie des tics que dans la chorée.

Il n'en reste pas moins que la présentation générale des tiqueurs en fait des malades atteints d'une affection très proche, dans ses manifestations, de la chorée.

Même si on excepte certains tics convulsifs se rapprochant tellement des mouvements choréiques qu'il est parfois fort difficile de les en distinguer, il est des cas,

non exceptionnels, où l'on voit coexister tics et mouvements choréiques, telle cette malade de Raymond, fille de tiqueuse, atteinte de tics de la tête et de mouvements choréiques indéniables, aux membres supérieurs.

Bien que l'influence du psychisme soit certainement plus grande et que celle de la volonté, soit plus effective, dans la maladie des tics que dans la chorée, il s'agit néanmoins toujours de phénomènes presqu'exclusivement moteurs.

Un peu analogues aux mouvements des tics sont les mouvements stéréotypés rencontrés dans l'hébéphrénocatatonie, mais ils sont déjà plus expressifs, mieux organisés. On connaît la multiplicité de ces mouvements stéréotypés. A la face, ce sont des contractions du frontal, des moues, etc... ; aux membres, des mouvements complexes : Le malade écarte les doigts et considère avec une attention minutieuse le bout de ses ongles, tend la main au moment de la visite, fait le geste d'atteindre et de toucher ceux qui passent à portée de la main, etc...

Ces gestes stéréotypés sont trop nombreux, trop divers pour que nous puissions en citer davantage. Nous voulons d'ailleurs insister surtout, sur ce fait, qu'il s'agit de mouvements parfaitement coordonnés et que ce caractère de coordination rapproche l'activité stéréotypée de l'activité normale.

G. Dromard a insisté sur l'inutilité et la fixité du geste stéréotypé et, dit-il, son manque de « contenu idéationnel ».

Certains auteurs (Roller, Neisser, Binder) ont consi-

déré les phénomènes de stéréotypie comme dus à une activité purement automatique et d'autres vont jusqu'à les localiser dans les noyaux gris centraux.

Pour quelques-uns, ils ne seraient que des extériorisations d'idées délirantes. On conçoit qu'il est difficile chez de tels malades de déterminer s'il existe un substratum idéo-affectif à ces manifestations motrices, ou si l'on veut, quelle est la participation psychique.

La parenté existant entre les stéréotypies et les tics est telle que certains auteurs, ne les envisageant pas simplement dans l'hébéphréno-catatonie, font des premiers des tics non consulvifs, réservant expressément le nom de tic à tout acte présentant sensiblement la même physionomie, mais avec un caractère convulsif surajouté. A notre avis cependant, les stéréotypies sont peut-être déjà moins exclusivement motrices que les tics.

On constate parfois chez les catatoniques, outre les stéréotypies dont nous venons de parler, des gestes plus complexes, plus expressifs décrits par Kahlbaum dans son « patheticismus ».

Succédant aux périodes de raideur catatonique, on voit parfois apparaître chez ces malades, une agitation motrice très spéciale, se rapprochant beaucoup de celle d'un malade observé dans le service de la clinique à Sainte-Anne en 1928.

Ce malade présentait un syndrome catatonique typique, auquel se surajoutaient des mouvements de deux ordres ; d'abord des stéréotypies (mains croisées les unes devant les autres), puis des gestes plus com-

plexes : le malade fronçait le sourcil et semblait regarder au loin, une main en abat-jour sur les yeux ; à d'autres moments, il plaçait les mains l'une devant l'autre, prenait des poses plastiques, etc...

Un autre malade observé également à la Clinique et également catatonique, se mettait à genoux, prenait des attitudes suppliantes et des poses plastiques ou lascives faisait claquer ses doigts, clignait de l'œil, esquissait des pas de danse, donnant absolument l'impression de « jouer la comédie ».

De ces mouvements très complexes, nous avons pensé qu'on pouvait rapprocher certains mouvements de maniérisme, qui ne sont plus à proprement parler des stéréotypies, tout en conservant certains de leurs caractères.

Ce sont déjà des mouvements très ordonnés, des poses, des attitudes théâtrales, compliquées, de grands gestes exagérés, prétentieux, mais essentiellement pauvres et monotones.

Il nous a paru intéressant de signaler que le maniérisme n'est pas l'apanage de la démence précoce, non plus d'ailleurs que les stéréotypies, qu'il n'est pas rare de les rencontrer chez les maniaques qui nous intéressent plus particulièrement ici.

Il nous a semblé qu'il y avait un certain intérêt à rapprocher dans ce court chapitre, sans préjuger en rien de la nature des phénomènes qui sont à leur origine, tous ces mouvements anormaux, dont nous voyons que les derniers entrent, pour une partie, et dans certains cas, dans la composante motrice du syndrome maniaque.

CAS CLINIQUES DANS LESQUELS S'ASSOCIENT LES DEUX SYNDROMES

1° Nous nous sommes attaché plus haut à montrer les analogies qui existent entre le syndrome choréique et le syndrome maniaque. Il est bien évident que la manie et la chorée restent deux affections qui ne sont pas identifiables, mais il nous semble qu'elles présentent des rapports plus étroits qu'on ne l'admet généralement.

Les cas que nous allons maintenant exposer, dans lesquels les signes des deux affections s'unissent d'une façon plus ou moins complète, sont propres, semble-t-il, à renforcer cette manière de voir.

Dans la première partie de ce chapitre, nous résumerons les observations que nous avons découvertes dans la littérature médicale, n'insistant que sur celles où les auteurs nous ont paru avoir légitimement parlé de manie et de chorée.

Dans une seconde partie nous exposerons les observations que nous avons nous-même recueillies. C'est dans la description de ces quelques cas cliniques que réside le principal intérêt de ce modeste travail.

*
* *

Nous relaterons tout d'abord les quatre observations rapportées en 1889 par Mairet dans sa leçon clinique sur la « folie pubérale » et qu'il fait rentrer dans le cadre de sa « manie choréique ».

Obs. 1. — « A... entre à 16 ans à l'Asile. Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père est mort d'une anasarque avec albuminurie et cardiopathie. Sa mère est rhumatisante, ainsi que son grand-Père maternel ; il a, en outre, une grand'tante aliénée et une sœur qui a présenté de 8 à 10 ans la danse de Saint-Guy.

Dans les antécédent personnels d'A..., on trouve, vers l'âge de dix-huit mois, des convulsions. Depuis, A... semble avoir toujours été bien portant à tous points de vue, avoir joui d'une activité normale jusqu'à l'âge de 15 ans 1/2. A cette époque, sa croissance devient particulièrement rapide. Il commence à se plaindre de fréquentes céphalées et de palpitations. Survient, à peu près en même temps, une violente discussion avec son père. Il se montre, à la suite de ce choc émotif, vivement impressionnable, nerveux, irritable ; ses palpitations augmentent, ainsi que ses maux de tête. Peu après, il est atteint d'un « catarrhe des voies respiratoires supérieures », avec fièvre et délire intenses, caractérisé surtout par des idées délirantes mystiques et de persécution. Cet état dure ainsi vingt jours, puis apparaissent des troubles choréiques généralisés et un violent délire maniaque qui nécessite son admission à l'Asile.

Cette première observation est très laconique et très imprécise. Elle n'est nullement descriptive, en particulier, il est impossible de savoir en quoi consistait le délire maniaque présenté par le malade. Force nous est de nous en tenir

à l'affirmation de Mairet et d'admettre comme exacte la conception qu'il semble avoir du tableau clinique de la manie, d'après l'ensemble des observations qu'il présente par la suite. Le second cas qu'il rapporte est plus précis, mieux décrit et peut être, plus légitimement que le précédent, considéré comme ressortissant à la manie choréique.

Obs. 2. — F..., âgé de 18 ans, entre à l'Asile en pleine période d'état de sa maladie. Il se présente de la façon suivante : On constate habituellement chez lui une surexcitation maniaque assez intense, son attention ne peut être fixée ; il va, vient d'un côté, puis d'un autre ; crie, chante sans répit, taquine les autres malades, est irritable et facilement agressif.

A ces troubles psychiques s'ajoutent des mouvements choréiques très nets, mouvements généralisés, mais surtout intenses aux membres inférieurs et à la face, F... ne peut rester immobile et sa figure grimace sans arrêt.

Sur cet état de surexcitation maniaque, détonnent des accès d'agitation qui se traduisent ainsi : F.. se met tout à coup à courir, riant d'un rire convulsif, poussant de véritables aboiements et déchirant avec une sorte de rage ce qu'il tient dans les mains, et plus particulièrement son chapeau qu'il enlève de dessus sa tête. Il fait ainsi une ou deux fois le tour de la salle, puis se frappe d'une main sur la cuisse et s'arrête. Si pendant qu'il exécute cette course, on veut l'arrêter, il se met dans des colères extrêmement violentes et devient menaçant.

D'autres fois, les accès d'agitation ne se traduisent plus par des courses, mais par des sauts : subitement F... saute sur place, bousculant ou renversant tout ce qu'il trouve autour de lui ; il bondit ainsi avec une telle énergie qu'il ne s'arrête que couvert de sueur ; un jour même, il se fait un décollement épiphysaire du fémur.

Ces accès d'agitation reviennent plusieurs fois par jour et

même dans le courant de la nuit, F... se lève, court d'une extrémité à l'autre du dortoir, ou plus souvent, saute au pied de son lit.

Parfois, l'accès d'agitation consiste simplement en ces éclats de rire véritablement convulsifs et en ces cris, décrits plus haut, ressemblant aux aboiements d'un chien.

En outre, F... se livre avec frénésie à la masturbation.

Les accès d'agitation sont souvent suivis d'une période de dépression, de véritable engourdissement psychique et physique.

Il existe chez F... un remarquable parallélisme entre les troubles choréiques et les troubles intellectuels. Pendant les périodes d'excitation maniaque simple, les mouvements choréiques sont peu marqués ; pendant les périodes de grande agitation, au contraire, ces mouvements augmentent considérablement.

Enfin, quand par suite de l'évolution de la maladie, les troubles psychiques s'atténuent chez F..., les mouvements choréiques diminuent de fréquence et d'intensité pour disparaître entièrement lorsque le malade redevient tout à fait calme et lucide.

L'histoire de la maladie est la suivante : Rien n'est à noter d'anormal dans l'enfance et l'adolescence du malade. Le début des troubles se produit ainsi : A la suite d'un choc émotif intense F... est pris brusquement de mouvements choréiques violents, atteignant les quatre membres et la face. En même temps, les troubles psychiques apparaissent, caractérisés par une irritabilité marquée, une excitation psychique continue, des rires sans motif, des sauts, des courses, etc...

Dans les antécédents héréditaires du malade, on relève que sa mère a été atteinte, à l'âge de 19 ans, d'un accès d'aliénation mentale sur la nature duquel on n'est pas fixé. Cet accès n'a duré que quelques mois et a guéri sans laisser aucune trace sur l'intelligence de la malade qui, actuellement, a dépassé l'âge de la ménopause et jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Cette observation est beaucoup plus intéressante que la précédente. A sa lecture, il apparaît que les troubles mentaux signalés par Mairet rentrent bien dans la catégorie de ceux que nous considérons comme typiquement maniaques : Excitation psychique, humeur taquine, agitation motrice permanente, cris, chants, irritabilité, érotisme, tout fait bien partie du tableau morbide de l'excitation maniaque. Les caractères des crises d'agitation atypique que le malade présentait sortent un peu du cadre du syndrome maniaque et assurent au cas de F... une certaine individualité. S'agissait-il, dans ce cas, d'un accès maniaque franc où malgré l'amélioration symptomatique d'une affection hébéphrénique en évolution, rien dans l'observation ne nous permet de le discerner.

Il n'en reste pas moins que le syndrome maniaque était, semble-t-il, parfaitement réalisé et que son étroite union avec le syndrome choréique ainsi que leur parrallélisme, n'était pas discutable.

Mairet cite encore, dans la même leçon, deux cas du même ordre, mais qui, comme sa première observation, semblent moins démonstratifs.

Obs. 3. — L... présente des mouvements choréiques très nets. Ces mouvements se traduisent par des secousses de la face et par un soulèvement brusque d'une ou des deux épaules, avec inclinaison de la tête sur l'une d'elles.

Au point de vue psychique, L... a tout l'aspect d'un maniaque. Il est bavard. Son attention est difficile à fixer. Il est, en outre, irritable et s'emporte très facilement.

Par moments, les mouvements choréiques des épaules

s'exagèrent et le malade pousse en même temps une espèce de grognement, puis prend sa course, continuant à grogner, ou bien, riant, au contraire, d'un rire convulsif et tellement violent qu'on croirait qu'il va étouffer.

Il fait ainsi vingt ou trente mètres en courant, puis, il se frappe une cuisse et s'arrête. Pendant quelques minutes, il continue à grogner et à ricaner, puis se calme. D'autres fois L .. au lieu de courir, se met à sauter sur place, rit, bondit en secouant violemment les épaules et la tête.

C'est surtout avant de s'endormir que L .. saute ainsi, se mettant dans une colère terrible si on tente de s'opposer à cette agitation inopportune

L'élément maniaque dans la présentation de ce malade semble bien tout à fait au second plan, réduit peut-être à un simple état hypomaniaque, et cette fois encore nous sommes obligé de nous en rapporter à Mairet pour l'appréciation de l'état psychique du malade.

Mairet, en dernier lieu, parle d'un malade dont il fait également un maniaque, mais il ne décrit que des accès d'agitation tout à fait atypiques, exactement du même ordre que ceux qui sont présentés par L... et par F... : grognements, courses, rires convulsifs, etc...

Parmi les quatre observations présentées par Mairet, il nous semble qu'une au moins est très belle et peut être, malgré ses anomalies, rangée à coup sûr dans ces associations de chorée et de manie qui nous intéressent.

Meyer, dans son article Chorée et manie (*Archiv. für Psych.*, 1870), a rapporté une observation personnelle courte, mais claire et intéressante, que nous donnons ci-dessous :

A. K..., 22 ans. La malade est prise brusquement d'un état fébrile avec céphalée. En même temps apparaissent quelques mouvements à type choréique, d'abord localisés à la main droite, mais gagnant ensuite rapidement tous les segments du corps.

Un mois plus tard environ surviennent des troubles psychiques caractérisés par une insomnie continue et une agitation motrice et psychique extrême sans aucune incohérence dans les propos.

Elle se dénude, crie, fait un vacarme considérable et devient agressive, giflant les personnes de son entourage, tentant d'enfoncer les portes, etc...

En même temps, les mouvements choréiques généralisés s'exagèrent.

Lorsqu'on interroge la malade, on obtient des réponses correctes, prouvant incontestablement sa lucidité. Elle rit continuellement.

Cet état d'agitation maniaque persiste plusieurs mois sans modifications, avec quelques paroxysmes.

C'est ainsi que deux mois après son entrée à l'Asile elle est prise d'un redoublement de turbulence et d'agitation, poussant des hurlements, riant et chantant tour à tour.

Quelque temps après cette exacerbation, de l'excitation psycho-motrice, les mouvements choréiques et l'exaltation psychique vont en s'atténuant progressivement et parallèlement et quatre mois après son entrée à l'Asile, la malade en sort absolument guérie.

Riccardo-Albericci (1901) rapporte le cas d'une femme de 65 ans, sujette périodiquement à des accès de manie aiguë ; l'auteur a observé un de ces accès, au cours duquel apparurent des mouvements choréiques absolument typiques, dont la disparition coïncida avec celle des troubles mentaux.

H. N. Meyer (1901) rapporte un cas se rapprochant sensiblement du précédent :

Il s'agit d'une fillette de 15 ans, présentant un état choréique typique auquel vint se surajouter au bout de trois semaines une excitation psychique du caractère maniaque. L'enfant, dit H. N. Meyer, s'agita brusquement, remuant sans arrêt, ne dormant plus, dansant, criant sans cesse, se heurtant aux meubles et aux murs, dans ce cas, comme dans celui de Riccardo Albericci, les troubles mentaux disparurent en même temps que les troubles choréiques.

Ce qui assure un grand intérêt à l'observation de l'auteur américain, c'est que les mêmes troubles psychiques et moteurs réapparurent identiques, l'année suivante, chez la malade, pour disparaître à nouveau dans les mêmes conditions.

Selon Meyer, ce cas ne constitue pas une rareté et les troubles mentaux qui surviennent surtout après l'apparition des mouvements choréiques, revêtent, pour lui, le plus souvent, la forme maniaque.

Pour terminer, nous reproduirons deux observations, l'une de Cullère (*Congrès de Nantes*, 1909), l'autre de Daday, X. Abély et Bauer, qui toutes deux nous ont paru particulièrement intéressantes.

Obs. 4 (Cullère, *Congrès de Nantes*, 1909). — M. P..., 43 ans, admis d'office à la suite d'actes de violence.

Il y a 12 ans M. P... fit une fièvre typhoïde accompagnée d'un violent délire, immédiatement après apparut une maladie nerveuse se traduisant par des mouvement choréiques

soumis à des exacerbations périodiques et accompagnées d'excitation maniaque.

Les antécédents héréditaires sont très chargés. Le père du malade était un « déséquilibré » et sa mère est morte en état de démence. Marié, il a eu cinq enfants, l'un est mort de convulsions, le plus jeune est atteint de crises nerveuses. Comme antécédents personnels, on signale que M. P... buvait avec excès.

Les renseignements de l'enquête montrent qu'il est atteint depuis plusieurs années d'excitation maniaque qui constitue, pour son entourage et ses voisins, un véritable danger. L'état de folie n'est pas permanent, ou du moins lorsque le malade jouit d'un calme relatif, cet état est très atténué, mais dans les moments d'excitation, le malade devient facilement furieux.

M. P... est atteint de chorée chronique généralisée, avec exacerbation périodique. La parole est difficile à comprendre. L'intelligence est obtuse. Lorsqu'il s'agite, il se livre à une gesticulation désordonnée, l'air furieux et poussant des cris. Les crises maniaques se renouvellent fréquemment et présentent une intensité de plus en plus grande. Au bout d'un an, M. P... succombe au délire aigu, au cours d'une de ses crises.

Obs. 5 (Daday, X. Abely et Bauer, *Soc. Cli. de Méd. Ment.* 15 mars 1926). — L... 55 ans, a contracté la syphilis dans sa jeunesse. La maladie actuelle a débuté en 1917. Les premiers symptômes ont consisté en troubles de la marche et incoordination des membres supérieurs.

Le malade doit abandonner son métier de typographe et devient incapable de tout travail manuel. Les symptômes mentaux ne sont apparus que plusieurs années après.

L... devient irritable, se dispute avec sa femme, avec ses voisins, fait des achats inutiles. Il est interné en 1922. Les divers certificats signalent les troubles choréiques, l'excita-

tion psychique, la satisfaction, l'absence des signes de la série P. G.

Actuellement, ce malade présente :

1° Un symptôme typique de chorée chronique généralisée. Les troubles de la parole et de l'écriture dus à la chorée linguale et manuelle se distingue nettement de la dysarthrie et des troubles graphiques dus au tremblement de la P. G. ;

2° Un état d'excitation euphorique : Sa santé est parfaite, il va reprendre son métier et toucher de gros salaires. Il chante, rit toute la journée. Il fait quelquefois de bons mots et taquine les autres malades. A ce tableau, s'est ajouté un affaiblissement intellectuel modéré et nullement global, avec conservation de l'attention et de la mémoire.

Pas de troubles des réflexes pupillaires. Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés.

Examen du L. C. R. : 8 lymphocytes par millimètre cube.

Réaction du benjoin colloïdal : 0000012222111100.

Ces cas de chorée chronique s'accompagnant d'un état d'excitation euphorique rappelant tout à fait la manie chronique, bien que plus complexe du fait de la notion de spécificité, réalise vraiment un bel exemple d'association des deux syndromes choréique et maniaque.

Signalons qu'au cours de la discussion à laquelle donna lieu à la Société Clinique de Médecine Mentale cette communication, M. Séglas fit remarquer, tout en insistant sur le fait que le fond de l'état mental des choréiques chroniques est fait d'affaiblissement, que l'excitation maniaque chez ces malades est à son avis moins rare qu'on ne l'admet généralement.

Pour M. Trénel qui prit également part à cette discussion les états d'excitation maniaque se rencontreraient plutôt dans la chorée de Sydenham.

***

Nous avons pu recueillir dans les observations de la Clinique des Maladies Mentales trois cas qui constituent incontestablement des associations des deux syndromes choréique et maniaque.

M. Trénel que nous remercions de son obligeance a bien voulu nous communiquer l'observation d'une de ses malades qu'il nous a été donné d'examiner par la suite.

Une cinquième observation enfin est celle d'un jeune malade suivi par le Dr Baruk, nous avons observé ce malade à plusieurs reprises pendant près d'un mois.

Voici l'exposé de ces cas cliniques dont chacun sera complété par quelques courtes remarques.

Obs. I. — M.. , 24 ans, domestique, entre à la clinique (Sainte-Anne, avec le certificat suivant, daté du 20 septembre 1929, et signé par le Dr Dupouy :

« Dépression physique et mentale. Taciturnité. Demi mutisme. Bradykinésie. Pleurs. Vagues interprétations délirantes de persécution. Attitude bizarre, maniérée, apeurée. Tremblements. Grimaces. Secousses musculaires. Inactivité. Schizophrénie ».

A son entrée à la clinique, M... se présente comme étant légèrement bradypsychique ; elle obéit bien aux ordres et répond correctement aux questions qu'on lui pose après un temps de latence, sans opposition schizophrénique. Interro-

gée sur son passé, elle raconte avec lenteur, mais de façon tout à fait cohérente, son histoire :

« Pupille de l'Assistance Publique, placée chez de nombreux particuliers et semblant ne pas avoir été malheureuse, chez eux, elle dit avoir été tout à fait normale jusqu'à l'âge de 19 ans. En 1927, en effet, elle a été placée à l'Asile de Ste G... et y est demeurée 16 mois. Elle ne ne peut, ou ne veut donner aucun renseignements précis sur les raisons qui ont motivé son placement ou les circonstances qui l'ont précédé.

Par contre, elle s'explique nettement sur sa sortie de l'Asile : « On voulait me garder dit-elle, pour travailler sans gagner d'argent, j'ai voulu sortir pour travailler autant mais être payée ».

La mémoire de la malade semble satisfaisante, elle donne, sans aucune difficulté les noms de ses différentes nourrices et leur résidence, elle sait qu'elle est à Ste-Anne et, elle est, en outre, bien orientée dans le temps. L'interrogatoire ne révèle pas chez elle d'affaiblissement intellectuel bien net, les déficiences que l'on constate, paraissent devoir être plus légitimement mises au compte d'une débilité mentale légère que d'un affaiblissement ; cette impression est d'ailleurs confirmée par ce fait que si elle sait lire et écrire, ses notions scolaires sont tout à fait élémentaires, elle a cependant été jusqu'à l'âge de 13 ans à l'école, mais elle n'a pu obtenir son certificat d'études.

A un examen rapide, l'affectivité de la malade ne paraît pas atteinte ; elle pleure quand elle dit qu'elle n'a jamais connu ni son père, ni sa mère.

Pendant qu'elle est examinée, à son entrée, la malade ne cesse de grimacer et de sourire, elle présente, en outre, des mouvements choréiformes continus.

Petit à petit au cours de son interrogatoire, la malade devient plus opposante et refuse d'être examinée. La présentation générale de M..., ses attitudes stéréotypées, son ma-

niérisme, son apathie, un léger élément discordant font penser de plus en plus au cours de son séjour dans le service à à la démence précoce, et de fait, le certificat de quinzaine porte le diagnostic de D. P. probable, avec mouvements choréiques.

M..., interrogée sur la date et le mode d'apparition de ses mouvements choréiques, ne peut donner aucun renseignement intéressant, elle déclare n'avoir eu comme maladies graves qu'une bronchite et la rougeole vers l'âge de 8 ans.

Le 30 octobre 1929. M.., se présente brusquement tout à fait différemment, son aspect est alors « typiquement maniaque », avec « dans le syndrome » dit son observation, « une composante motrice prédominante ».

Son humeur est extrêmement variable : elle boude, se met en colère, pleure, puis brusquement pousse de grands éclats de rire et se met à chanter à tue-tête, en frappant des coups aux portes. Mais ce qui attire tout particulièrement l'attention c'est le caractère de l'agitation motrice faite de mouvements, les uns localisés aux mains et aux poignets à déclenchement inopiné, sans but, sans lien apparent avec l'état psychique momentané de la malade, les autres provoquant des déplacements brutaux de tout le corps.

M... se lève, s'assied, se relève, sans que l'on puisse savoir si ces déplacements sont intentionnels ou non

Elle présente, en outre, des contractions rapides des muscles de la face, avec froncements des sourcils, constituant des expressions mimiques instantanées et incessamment changeantes.

L'orientation de la malade reste satisfaisante, elle sait qu'elle est toujours à Sainte-Anne et donne correctement la date. Elle est d'ailleurs lucide, bien adaptée, et ne tient plus aucun propos délirant.

Cet état d'agitation brusque contraste avec sa présentation habituelle qui est faite surtout de taciturnité avec hyperto-

nie ; elle dort mal depuis l'apparition de l'agitation à type maniaque, néanmoins son état général reste bon.

On ne note plus chez elle aucune discordance,et son affectivité paraît tout à fait normale.

M... reste dans le même état d'agitation avec des périodes d'accalmie et elle est transférée le 18 avril 1930. Le certificat de transfert dépeint la malade comme étant au décours d'un état d'excitation atypique mais présentant toujours des symptômes d'hypomanie. avec colère, querelles, enjouement et bouderie.

L'examen du liquide C. R. a donné lesrésultats suivants :

Albumine : 0 gr. 20 ; leucocytes : 1,2 par millimètre cube.

B. W. Pandy, Weichbrodt ; négatifs.

Réaction du benjoin colloïdal également négative.

Enfin, dans le sérum sanguin : B. W.,Meinicke : négatifs.

La présentation de la malade pouvait faire penser à son entrée, à la possibilité d'une démence précoce, cependant l'évolution de la maladie fut telle qu'un mois plus tard le diagnostic d'état maniaque pouvait légitimement être porté. La mobilité de l'humeur, l'euphorie, l'irascibilité, tout chez M... était bien dans la note maniaque.

Il existait chez elle, en outre, des mouvements choréiformes incontestables, gardant leur autonomie, bien que se combinant étroitement avec l'agitation motrice, de type maniaque, à certains moments.

Quelle qu'ait pû être l'évolution ultérieure de la maladie sur laquelle nous n'avons pu être fixé, il n'en reste pas moins que dans ce cas, l'association des deux syndromes était très nette et très étroite.

Obs. 2. — *S..., 24 ans.* — Bien portant jusqu'en 1925, pas d'autres maladies à noter dans l'enfance qu'une bronchite à l'âge de 13 ans, à la suite de laquelle il est resté très fatigué pendant quelques mois. Depuis cette époque, en outre, le malade tousse fréquemment.

S... a fait son service militaire ; durant son service il aurait été soigné à l'hôpital de Rochefort pour une maladie indéterminée

Il a toujours montré un caractère difficile, autoritaire. Au régiment, indiscipliné, il a été envoyé en punition à l'Ile d'O... Il se serait montré très affecté de cette sanction et c'est, aux dires de sa famille, depuis lors qu'il aurait maigri et qu'il se serait montré déprimé. S... apprenait difficilement à l'école, il n'a du reste pas passé son certificat d'études. Mécanicien dentiste, par la suite, il aurait donné toute satisfaction.

Les premiers troubles morbides apparaissent en 1925, leur début en avril est marqué par un ictère léger d'ailleurs, qui n'aurait pas nécessité l'arrêt de son travail. Fatigue consécutive jusqu'en septembre 1925. A cette époque le malade commence à se plaindre de douleurs parfois très violentes siégeant entre les deux épaules et l'empêchant quelquefois de marcher.

On constate, en même temps, un gros amaigrissement progressif et un état général de plus en plus mauvais. S... cesse son travail à ce moment et part à la campagne. Là, les douleurs continuent, violentes, avec des intervalles de rémission de 4 ou 5 jours.

Etat stationnaire jusqu'en avril 1926, on n'a noté jusqu'à cette époque aucun trouble de l'humeur et du caractère, aucune manifestation décelant un trouble mental quelconque.

En avril 1926, on fait une radiographie qui montre un abcès pottique siégeant au niveau de la dixième vertèbre dorsale. Plâtré immédiatement, le malade part à la campa-

gne et il revient, un mois plus tard, beaucoup mieux portant, ayant engraissé et ne souffrant plus. On retire alors le plâtre que l'on remplace par un appareil amovible.

Séjour alors dans le Midi. Dès son arrivée S... aurait présenté une crise de rhumatisme articulaire aigu (de nombreuses jointures enflées, fièvre à 38° ou 38°5 amélioration par le salicylate de soude). A noter que jamais antérieurement S... n'avait présenté de crise de rhumatisme articulaire aigu.

Le malade est de retour à Paris le 2 janvier 1927, il est alors extrêmement fatigué, très amaigri, très pâle, présentant à nouveau des manifestations articulaires rhumatismales ; il aurait, en outre, présenté quelques jours auparavant une vomique très abondante. A ce moment, c'est-à-dire au début de janvier, S... commence à être agité, et présente des insomnies rebelles à toute médication. Il présenterait, dès cette époque, de très courts moments de confusion mentale avec agitation.

Le 10 janvier, apparition brusque de mouvements choréiques, absolument typiques, siégeant aux membres supérieurs et à la face. Une ponction lombaire fait éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse auquel on avait d'abord pensé. La constatation d'un souffle systolique de la pointe, extrêmement net, fait alors diagnostiquer une endocardite rhumatismale et une chorée aiguë qui est traitée énergiquement par le cacodylate de soude, à doses très élevées (0 gr. 80). Au bout de 15 jours environ, les mouvements choréiques disparaissent entièrement, mais pour faire place immédiatement à un état d'agitation psychique et motrice extrême, avec logorrhée, euphorie et confusion légères. Le malade est insomnique, ne reste pas au lit, saute, tient, sans arrêt, des propos incohérents, avec une extrême volubilité.

Il rentre alors au service de la Clinique le 8 février 1927. On note, à cette date, qu'il présente un aspect maniaque de

type confusionnel. Il est euphorique, souriant, il rit, parle sans discontinuer, est insomnique, fait des réponses incohérentes, tantôt en allemand, tantôt en français, il est excessivement amaigri, cachectique, très pâle, le dos est couvert de suppuration aux points de pression (omoplates, fesses).

Un examen physique complet montre une très légère raideur de la nuque, des réflexes tendineux égaux des deux côtés, un réflexe plantaire en extension à droite. La sensibilité est difficile à explorer, en raison de l'état mental de S...

A l'auscultation du cœur, on trouve un gros souffle systolique à timbre piaulant et musical, se propageant en dehors sans atteindre l'aisselle et en dedans jusqu'au sternum.

Le foie est normal.

La rate est perceptible à la percussion sur quatre ou cinq travers de doigts.

L'état général reste très précaire et l'état mental ne se modifie pas. On relève successivement dans l'observation : le 17 février : Propos dans le vague, incohérents « les pierrots » — « on vous donnera le courant » — « on vous donnera aux balles » — « vous serez rouge comme du vin blanc », etc...

Le 21 février, état délirant intense ; il a 24 ans (exact), il est né en 1923 (rire) propos inconsistants, il mêle les épées, sa mère, les autos, les bijoux, etc..., s'exprime tantôt en français, tantôt en allemand. Par intervalles, il se montre puéril, taquin, ironique.

Le 24 mars, il présente toujours le même état d'agitation, il tient toujours des monologues en français et en allemand. Son agitation motrice persiste malgré son état de faiblesse. S .. ne veut pas rester couché, il se nourrit convenablement sans opposer de résistance.

Au point de vue cardiaque, disparition complète des frottements péricardiques. L'auscultation des poumons montre

une respiration soufflante au sommet, avec quelques frottements à l'inspiration. Une radiographie pratiquée révèle des sommets obscurs, s'éclairant mal, surtout à droite, ainsi qu'une masse arrondie du volume d'une petite orange suprahilaire. En outre, le cœur est globuleux, élargi transversalement.

Une ponction lombaire pratiquée le 3 mars 1927, c'est-à-dire en pleine période d'agitation, a donné les résultats suivants :

Albumine : 0 gr. 30-0,8 éléments par millimètre cube.

B. W. : négatif.

Réaction du benjoin colloïdal également négative.

Il nous a été possible, sans pouvoir cependant obtenir de précision, de savoir qu'au bout de quelques mois, le malade, à peu près guéri, tant de ses troubles psychiques que de ses troubles physiques, avait quitté le service et avait pu reprendre une activité sensiblement normale.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Il semble bien s'agir, dans ce cas, d'une chorée aiguë ayant précédé immédiatement un état d'excitation hypomaniaque. Le mauvais état général du malade, son obnubilation peuvent faire penser à un élément confusionnel surajouté, mais l'ironie, l'enjouement restent bien dans la note de la manie et nous pensons qu'il s'agissait effectivement, dans ce cas, d'un accès maniaque s'accompagnant de manifestations délirantes et confusionnelles réalisant le tableau clinique de la manie confuse.

Obs. 3 (Malade du Dr Trénel). W. M...., 21 ans. — Entrée à l'Asile Sainte Anne le 28 avril 1928 (venant de l'Hôpital Andral). Le certificat d'internement, rédigé par le

Dr Monier-Vinard, est le suivant : Troubles mentaux consistant en périodes d'excitation, surtout nocturnes, avec cris agitation. Mutisme par intervalles, avec inertie, plasticité, catatonie, suggestibilité. Activité psychique paraissant par moments, presque normale. Lourde hérédité.

Le certificat immédiat du Dr Marie parle de choréoathétose, avec confusion mentale hypomaniaque, fuite d'idées et logorrhée.

Examinée par le Dr Trénel le 30 avril W. M..... présente des mouvements choréiques typiques et généralisés ayant prédominé la veille du côté droit. Ses gestes sont brusques, asystématiques, localisés principalement au membre supérieur droit. En même temps, la malade tient des propos incohérents, à type maniaque, elle sourit, chante, la fuite des idées est évidente, ainsi que la mobilité de l'attention, elle fait des remarques ironiques sur l'entourage.

Elle donne son âge, sa date de naissance, elle déclare qu'elle était mariée, mais qu'elle ne l'est plus (inexact). Elle ajoute qu'elle se sent changée « c'est dans la tête, dit elle, dans l'esprit, j'ai nettement l'impression que je n'en ai plus pour longtemps ». Je ne veux pas porter malheur à ceux qui m'ont fait tant de bien » (Attitude de prière). « Qu'on me tue plutôt que de faire souffrir les Messieurs (?). Pourquoi mourir bientôt ? Je me sens la langue sèche. Elle attire l'attention sur son cœur auquel elle porte la main, dit qu'il bat. Elle semble éprouver quelques troubles cénesthésiques.

« Je sens, dit-elle, que mon cœur s'arrêtera bientôt de battre ».

Elle passe d'une extrême rapidité d'un sujet à l'autre, dit que toute la nuit elle a été questionnée sur la mort de son grand-père, mort qui l'avait beaucoup impressionnée et qu'elle a aperçu, autour de son lit, une dame morte et une autre vivante, qu'on a changé tous les lits de place (sentiments d'étrangeté avec hallucinations ou pseudo-hallucinations) (?).

On note une tendance aux fausses reconnaissances. « Je crois vous avoir vu quelque part ».

Au fur et à mesure de l'interrogatoire, la malade s'anime et les mouvements choréiques typiques s'exagèrent. Parfois, elle se raidit, le regard fixe, plafonnant.

Elle tient quelques propos à caractère mélancolique, fruste, parle de mort imminente, émet quelques idées à thème d'auto-accusation, parle de se laisser mourir de faim, le tout, avec une mimique tout à fait inadéquate, discordante. Par moments, elle semble perplexe : Qu'est-ce qui m'arrive ?

L'examen du fond mental révèle une mémoire intacte et une orientation satisfaisante dans le temps et l'espace. Après une heure d'examen, la malade semble fatiguée et dit ne plus rien se rappeler. La démarche est normale, elle ne présente aucun mouvement parasite des membres inférieurs. La recherche des troubles graphiques montre que son écriture est normale : elle écrit correctement sous la dictée, mais son attention est tellement mobile qu'elle s'interrompt à chaque instant pour tenir des propos à type franchement maniaque.

En résumé, sa présentation, lors de l'entrée, est celle d'une excitée maniaque, avec quelques idées à caractère mélancolique et un élément discordant qui attire l'attention Des mouvements choréiques typiques complètent le tableau morbide.

Un examen somatique complet montre une langue sèche, un peu rôtie, un état subfébrile, des réflexes tendineux normaux, des pupilles égales, régulières, réagissant bien. Une hypoesthésie à la piqûre très remarquable, prédominant aux membres. Les sensibilités tactile et thermique sont absolument normales. Les réflexes cutanés sont normaux. Etant donné le parasitisme moteur, la recherche du réflexe plantaire ne donne aucun résultat.

L'état de W. M..., reste stationnaire pendant les trois

mois qui suivent son entrée dans le service, caractérisé par une agitation motrice continue, avec insomnie persistante, propos incohérents à type maniaque et par intervalles, sentiment de dépersonnalisation : « Elle a peut-être des doigts qui ne sont pas à elles, ses dents ne sont plus les mêmes ». Ses propos ont toujours le même caractère stéréotypé, tournant dans le même cercle : mort imminente (discordance), elle n'est plus mariée, elle est en réalité Mme D..., elle dit qu'elle ne sait plus son âge, puis le donne exactement. Elle manifeste une mentalité et des aspirations enfantines. Les fausses reconnaissances ou plutôt les fausses ressemblances abondent : la voisine de lit ressemble à une tante, le médecin à une cousine, etc... L'attention spontanée de la malade reste extrêmement fugitive, son attention volontaire très difficile à fixer. Son humeur est mobile, elle rit et pleure sans raison, manifeste parfois une émotivité exagérée.

A plusieurs reprises, on note une tendance à la conservation des attitudes. Les mouvements choréiques persistent, prédominant toujours au membre supérieur droit. Ils ne sont cependant pas constants et au fur et à mesure du séjour de la malade à l'Asile, semblent aller en diminuant de fréquence.

Au cours des semaines qui ont suivi son internement, W. M..., a présenté deux ou trois crises à caractère franchement névropathique. Une de ces crises a été décrite par le personnel de la façon suivante :

Se trouvant debout, devant la fenêtre, elle est tombée en glissant, sans se faire aucun mal. Par terre, elle a montré des contractions cloniques des membres, les yeux restant grands ouverts, la malade ne semblant pas avoir perdu connaissance.

Pas de morsure de la langue. ni d'urination.

Cette crise a duré à peine cinq minutes et l'état habituel de la malade est revenu immédiatement après.

Petit à petit et simultanément, les troubles mentaux, à

caractère principalement maniaque, et les mouvements choréiques s'amendent, puis disparaissent et le 20 septembre, soit cinq mois après son entrée, la malade est redevenue sensiblement normale, calme et lucide.

Elle conserve un souvenir vague de toute sa maladie, se souvient mieux des événements qui ont précédé immédiatement son entrée à l'Asile Sainte-Anne, parle de ses difficultés de ménage, des privations qu'elle a endurées.

En ce qui concerne le début même de la maladie actuelle, elle se souvient des détails matériels. « Je suis tombée dans la rue, on m'a transportée à l'Hôpital Andral d'où j'étais sortie quelque temps auparavant, ayant été soignée pour une angine. On a cru que j'avais la diphtérie ».

Elle ajoute : depuis, je me sentais triste, je ne sais pas ce que j'avais, j'aurais voulu être toute seule, j'ai perdu la mémoire, pas tout à fait.

La malade sort de l'Asile le 22 septembre 1928 et le certificat de sortie est ainsi conçu : « Excitation maniaque et chorée transitoire. Crises hystériformes. Actuellement calme, lucide « ordonnée ».

Elle est revenue à l'Asile, à plusieurs reprises, toujours dans le même état de calme et de lucidité, avec absence de tout mouvement choréiforme.

Nous l'avons vue, en dernier lieu, fin juillet et nous nous sommes trouvée en présence d'une malade paraissant guérie. Très calme, elle nous a déclaré avoir repris une existence et un travail normaux.

Grâce aux renseignements qu'elle nous a elle-même fournis et à ceux qui nous ont été donnés par le mari, nous avons pu rétablir ainsi l'histoire de la malade :

W. M..., a eu une enfance et une adolescence assez malheureuses et assez aventureuses, jusqu'à l'âge de 18 ans.

Elle déclare avoir eu la danse de Saint Guy à l'âge de 14 ans, mais les détails qu'elle donne sur cet épisode morbide sont très imprécis. Depuis, elle a toujours été « ner-

veuse », présentant quelques tics, dormant mal, s'agitant facilement.

Elle subit une hystérectomie en 1926 et se marie peu après.

Au début de 1928, W. M... dit avoir éprouvé un très gros chagrin intime Depuis, dit-elle, cela n'allait plus. En outre, depuis fort longtemps (il est impossible à la malade de préciser depuis quelle époque exactement) elle présente des crises sans caractère net. Elle se met brusquement en colère, tombe et perd connaissance. Elle présente quelques secousses dans les membres durant deux ou trois minutes, sommeille ensuite. Dès qu'elle revient à elle, W. M... reprend son travail.

Elle dit n'avoir jamais constaté, à la suite de ces crises, ni miction involontaire, ni morsure de la langue.

Fin mars 1928, soit environ un mois avant son internement, elle manifeste subitement, au cours de la nuit, une peur extrême, croyant, disait-elle, voir le portrait du père de son mari qui voulait l'étrangler.

Ce délire passe rapidement, huit jours plus tard, elle entrait à l'hôpital Andral, se plaignant de céphalée.

Quelques jours après, l'excitation étant soudainement apparue, elle devait être dirigée sur l'asile Ste-Anne.

Actuellement W. M... nous dit qu'elle est redevenue à peu près normale, elle se plaint cependant encore d'être parfois triste ou exubérante sans raison. Elle se sent quelquefois nerveuse exagérément et présente quelques tics nerveux qui vont en augmentant, notamment de tics de clignement des paupières et de reniflement.

Elle n'a plus présenté aucun mouvement choréïque ni perte de connaissance. Elle parle cependant d'une syncope survenue à la suite d'une piqûre faite récemment à l'hôpital Saint-Louis. Cette syncope aurait duré dix minutes.

Interrogée sur ses maladies antérieures, autres que la chorée, la malade ne se souvient d'aucune maladie grave.

Elle aurait présenté un B. W. positif dans le sang, il y a trois ans, tous les autres examens de sang ont montré un B. W. négatif. Rien dans l'interrogatoire, ni dans l'examen de la malade, ne peut faire soupçonner une spécificité.

La malade enfin, n'a jamais fait d'excès d'alcool, ni de café.

Les examens biologiques, pratiqués en mai 1928, ont donné les résultats suivants :

B. W. dans le sérum sanguin : négatif ;

L. C. R. : Albumine = 0 gr. 23 ;

Glycorachie : 0 gr. 50 ;

Acytologie normale et B. W. négatif.

Dans les antécédents héréditaires de la malade, on note un grand-père et un grand-oncle internés et le père éthylique.

La notion d'une chorée aiguë survenue chez la malade à l'âge de 14 ans peut faire penser à la possibilité d'une récidive, avec troubles mentaux du type maniaque ; les manifestations à caractère névropathique n'étant que surajoutées.

Les éléments qui ont fait porter à plusieurs reprises le diagnostic de manie : fuite des idées, ironie légère, mobilité de l'humeur et de l'attention, pseudo-hallucinations probables et fausses reconnaissances constituent bien, en effet, la base du syndrome maniaque.

L'atténuation parallèle, puis la disparition des troubles mentaux et des manifestations choréiques sont particulièrement nettes dans cette observation, et la rapproche de certains des cas que nous avons rapportés dans la première partie de ce chapitre.

Obs. 4 (Malade du Dr Baruk). — G..., 8 ans 1/2, né à terme, gestation normale. Au cours de la grossesse, le médecin constate à plusieurs reprises des « bonds extraordinaires. »

Les premiers mois, on ne remarque rien d'anormal chez l'enfant ; ce n'est que vers l'âge de 10 mois que les parents sont frappés par une agitation continue qui leur paraît exagérée, sinon anormale L'enfant ne tient pas en place, « gigote » sans arrêt,monte sur sa chaise, passe par-dessus, par-dessous, bref ne demeure pas une minute tranquille.

On constate en même temps, chez lui, une suractivité psychique vraiment surprenante ; dès sept mois, il commence à dire « papa », à dix prononce quelques mots, à quatorze chante les premières paroles de « Frère Jacques » et à dix-huit, ses proches sont étonnés de la netteté de ses paroles et du développement de son intelligence. Il parlait, disent-ils, comme une grande personne, avait une mémoire étonnante, retenait toutes les chansons qu'il entendait, ne dormait jamais le jour, ne se reposait pas et ne se plaignait cependant jamais d'être fatigué.

Sa première enfance s'est écoulée normalement, pas de maladies graves, pas de convulsions. A noter seulement un phlegmon dont il subsiste plusieurs cicatrices chéloïdiennes.

A deux ans, les parents commencent à remarquer des mouvements brusques, comme des « secousses » se produisant surtout lorsqu'on donne la main à l'enfant.

L'état du jeune G... semble être resté sensiblement le même jusqu'à l'âge de trois ans, caractérisé par la suractivité psychique et par la subagitation motrice décrites plus haut.

Vers trois ans, apparition de clignements rapides de paupières, durant environ quinze jours ou trois semaines, disparaissant brusquement pour réapparaître au bout de trois à quatre mois pour céder alors la place à des mouvements rapides d'élévation des épaules.

Un médecin, consulté à cette époque, aurait constaté de l'inégalité pupillaire.

De trois à cinq ans, le jeune G... présente à plusieurs reprises des mouvements identiques aux précédents (clignements de paupières, élévation des épaules), durant les mêmes laps de temps, séparés par des intervalles de trois ou quatre mois de répit.

Vers cinq ans, surviennent des tics, notamment au niveau des épaules, mouvements plus complexes que précédemment « Comme si son vêtement le gênait ». A peu près à la même époque, apparaissent des mouvements de « reniflement, de râclement de la gorge et de gloussements », chacun de ces tics apparaît séparément et ne disparaît que pour faire place à un autre. Parfois cependant, mais rarement, il n'en présente aucun.

L'état psychique reste sensiblement le même, cependant les signes d'agitation du type hypomoniaque vont plutôt en s'accentuant.

A huit ans, enfin, apparaissent des mouvements franchement choréiques : le malade avance la tête « comme pour plonger » lance d'abord le bras et la jambe droites, puis ensuite le bras et la jambe gauches, en même temps, ses traits sont agités de grimaces incessantes ou tirés, comme s'il souffrait. Interrogé l'enfant répond qu'il ne peut faire autrement, qu'il lui est impossible d'empêcher ces mouvements, « c'est comme un cordon de sonnette, dit-il, qui me tire dans la nuque ».

Quand l'attention de l'enfant était sollicitée d'une façon quelconque, ces mouvements anormaux s'exagéraient encore ; ils duraient presque sans arrêt pendant toute la journée.

L'agitation que les parents distinguaient parfaitement des mouvements anormaux, l'excitation psychique vont encore en augmentant. Le jeune G... est alors conduit à l'hôpital Trousseau. On constate un état choréique et

ordonne à l'enfant quinze gouttes quotidiennes de génoscopolamine. Il avait déjà été traité antérieurement par la génoscopolamine, à petites doses (2 à 8 gouttes par jour) ; non seulement ce traitement ne diminuait pas les mouvements, mais encore les augmentait. Le petit malade était alors « déchaîné ». Au bout de dix jours de traitement, avec une dose de quinze gouttes quotidiennes, les mouvements choréiques s'atténuent, puis disparaissent complètement.

Après cessation du traitement dû à une varicelle intercurrente, réapparition des mouvements, exactement sous la même forme et avec la même intensité que précédemment ; la génoscopolamine de nouveau prescrite amène aussi rapidement que la première fois, la cessation de manifestations à type choréique, sans avoir aucune influence sur l'état de suractivité psychique et d'agitation motrice continue, à type hypomoniaque présenté par le petit malade.

Nous avons examiné cet enfant à plusieurs reprises, il a toujours eu la même présentation : de taille normale, bien développée, il a le visage ouvert, ses yeux sont vifs. Ce qui frappe immédiatement, c'est une instabilité motrice considérable.

Il s'assied d'abord, puis se lève, va regarder les papiers qui se trouvent sur la table, les feuillette rapidement, se met à genoux, va ouvrir une armoire, s'empare du récepteur du téléphone, tente de le faire manœuvrer, ouvre un tiroir, saute sur le canapé, tire une balle de sa poche et entreprend de se mettre à jouer contre le mur de la pièce ; puis il abandonne le jeu, saute et fait des bonds.

Au milieu de toute cette agitation, il reste muet, mais de furtifs regards parfois un sourire, un rire bref, montre qu'il s'intéresse à tout ce qui l'entoure.

Ses parents nous disent qu'il est presque continuellement ainsi, bougeant perpétuellement, touchant à tout, ne connaissant pas la fatigue, pouvant faire de longues marches de dix

à quinze kilomètres sans se plaindre de la moindre lassitude ; par moments, mais rarement, il a des périodes de calme relatif et avant l'institution par le traitement de la génoscopolamine, les siens ont remarqué qu'il existait chez lui un véritable balancement entre l'agitation proprement dite et les tics. « Plus les tics s'atténuaient, plus il était agité ».

Mis en classe à l'âge de sept ans, le jeune G... a toujours été un très brillant élève, en fournissant très peu de travail. Le père nous dit que son fils est toujours en « pleine effervescence psychique, sa mémoire est extraordinaire et son attention est toujours attirée par tout ce qui l'entoure ».

Il est en général bavard, interroge, fait des remarques, son esprit est toujours en investigation, jamais satisfait ; quand on le questionne, l'enfant répond immédiatement, avec volubilité, ses réponses sont correctes, pertinentes, souvent suivies d'interrogation sur un point quelconque, sans rapport avec ce qu'il vient de dire. Il s'interrompt parfois brusquement pour se mettre à quatre pattes, fait ainsi quelques mètres, puis revient s'asseoir sur l'ordre qu'on lui donne, bien qu'il soit le plus souvent désobéissant.

Nous avons pu examiner le jeune G... à plusieurs reprises pendant un mois et demi. Nous avons toujours constaté la même instabilité psycho-motrice, sans remarquer des mouvements de type choréique.

Malgré la continuation du traitement par la génoscopolamine, et l'augmentation des doses, nous avons toutefois constaté, lors de notre dernier examen, quelques clignements de paupières, quelques gloussements et quelques mouvements brusques, à la vérité discrets, d'extension du pied et de l'avant-bras sur le bras.

L'examen somatique de l'enfant ne révèle rien d'anormal en dehors d'une légère inégalité pupillaire ; dans les antécédents personnels de l'enfant, rien à noter de particulier : appendicite en 1928, varicelle.

Quant aux antécédents héréditaires, ils permettent de conclure à une hérédité alcoolique éloignée, le père de M. G... étant décédé au cours d'une crise de « delirium tremens » et le grand-père maternel étant un alcoolique avéré. A noter, enfin, qu'une cousine germaine de l'enfant, nièce de M. G..., âgée de 20 ans, aurait présenté deux crises de chorée.

Ce cas est tout à fait comparable à ceux des jeunes malades atteints de chorée dégénérative dont nous parlions plus haut. L'instabilité psycho-motrice avons-nous dit, est la marque constante de l'affection ; elle peut revêtir parfois une allure franchement hypomaniaque. C'est le cas du jeune G... dont l'hyperactivité motrice et psychique est indéniablement celle d'un hypomaniaque.

Il nous paraît bon, en outre, de signaler dans cette observation l'action de la génoscopolamine venant à bout de l'agitation choréique, mais laissant absolument intacte l'agitation de type maniaque.

Obs. 5. — E L..., 47 ans, entrée dans le service de la Clinique (Sainte-Anne) le 30 décembre 1928, le certificat d'internement rédigé à l'Infirmerie Spéciale par le Dr Heuyer est ainsi conçu : Excitation psychique. Agitation motrice. Instabilité. Loquacité incoercible. Fond euphorique. Idées délirantes imaginatives. Désordre des actes, a failli mettre le feu à son logement. Agitation choréiforme continue Pas de signes neurologiques.

L'histoire de cette malade est la suivante :

Après une enfance et une adolescence normales, elle a travaillé, tout d'abord, comme lingère, puis comme infirmière à Bordeaux jusqu'en 1915 ; à cette époque, elle vient à Paris et exerce cette dernière profession dans une maison de santé de la banlieue. Attachée à la personne d'un malade

difficile, elle commence à maigrir et aux dires de ses proches son état mental se modifie. Elle ne dormait plus, était « nerveuse », un peu « excitée », « ne tenant plus en place », et, à ce moment déjà, d'après les siens, elle présentait de petits gestes nerveux, à peine perceptibles :

En 1924, soit quatre ans avant son internement, apparurent les premiers mouvements nettement anormaux. E. L .., commence en effet à donner, suivant l'expression d'une personne de son entourage « des gifles dans le vide », principalement de la main gauche. Quand on lui demande ce que signifie ce geste, elle s'emporte, dit qu'elle a bien le droit de faire ce qu'elle veut ; elle déclare cependant une fois que ces mouvements se produisent malgré elle.

En dépit de ces troubles E. L... continue à travailler à l'entière satisfaction de ceux qui l'emploie ; elle n'est pas maladroite, paraît indemne de tout trouble psychique, son état semble rester à peu près stationnaire pendant deux ans au moins. Il est difficile cependant d'avoir des renseignements précis sur cette période de la maladie, le frère et la belle-sœur d'E. L... qui nous ont donné tous ces renseignements ne voyant celle-ci que d'une façon très intermittente. « Cependant, disent-ils, à chaque nouvelle rencontre nous remarquions que ses mouvements étaient plus bizarres, enfin, il y a 18 mois, leur exagération devint manifeste et notre sœur présenta de véritables contorsions de la face et des membres supérieurs. » En même temps, le caractère de la malade change. Elle devient triste, inquiète, préoccupée, elle émet quelques idées de persécution, d'ailleurs mal systématisées. « On la suit partout ». « Les journaux sont pleins d'allusions ». « Les crimes qu'on rapporte, les arrestations qui ont lieu sont des façons détournées de lancer des accusations mensongères contre elle ou les siens. Au commissariat d'E. (ville où elle réside) il y a des monceaux de lettres anonymes sur son compte », etc...

Cet état de dépression dure quelques mois, puis, fait

place, tout à coup, à une exubérance insupportable. Elle se prétend riche, aimée, devient très irritable et se met en colère dès qu'on la contrarie. Elle commence, en outre, à faire des excès de boisson, absorbant quatre litres de vin par jour. Son état d'excitation psychique manifeste la fait renvoyer de son usine.

En dernier lieu, la malade fait du scandale, déambule dans les rues d'E... avec des gestes et des accoutrements bizarres, poussant des cris ; son état nécessite son envoi à l'Infirmerie Spéciale, et de là, à Sainte-Anne.

A son entrée à la Clinique, la malade présentait une excitation psychique typiquement maniaque. Son agitation motrice permanente était particulièrement frappante. Ses membres, les muscles de son visage étaient perpétuellement en mouvement. Elle parlait sans discontinuer, dévidant des explications et des protestations embrouillées : « elle a 38 ans » « elle est née en 1889 » « si on a marqué 1881 sur son papier, c'est parce que dans sa maison, il y a une personne qui se fait passer pour elle, et qui veut toucher sa paie »... « A Sainte-Anne il y a une personne blonde qui a pris ses papiers d'identité dans sa malle ainsi que les observations prises par le docteur M..., » etc... Toutes ses explications étaient entrecoupées par la même demande stéréotypée : « On doit la laisser rentrer dans sa famille, il ne faut pas l'interner ». Elle ne répondait aux questions qu'on lui posait que d'une façon tout à fait intermittente. Elle passait sans cesse d'un sujet à l'autre, parlant avec une extrême volubilité, la plupart du temps, sans suite. On pouvait, au milieu de ce flux de paroles, noter des phrases comme celle-ci : « Ici, pendant les fêtes, il y a eu une foule de livreurs qui sont venus apporter des quantités énormes d'étrennes pour des millions de milliardises, (ou de mignardises) ; quand on lui demande ce que veut dire ce mot, elle répond que son interlocuteur le sait et qu'il est complètement inutile de le lui expliquer.

« Les lads de maison Laffite ont aussi des quantités d'argent à lui remettre, produit des souscriptions faites en sa faveur ; les religieuses et le docteur M... vont venir pour lui apporter de grosses sommes ; il y aura ainsi dix millions en dépôt à sa disposition ».

En rapport avec son euphorie qui est évidente, ses idées délirantes ont toutes un caractère mégalomaniaque. Elles sont stéréotypées, tournant toujours dans le même cercle « les lads, le docteur M..., les religieuses, les livreurs, les millions, les milliardises ». Quand on essaie de la diriger sur d'autres thèmes, on n'obtient aucune réponse et elle revient spontanément à ses sujets préférés. Parfois, il semble qu'en dehors des idées mégalomaniaques, elle rumine quelques vagues idées délirantes de persécution.

Cet état d'excitation psychique s'accompagne d'une agitation motrice considérable, la malade est perpétuellement en mouvement, sautant son lit, en descendant, se précipitant à la fenêtre, gesticulant sans cesse, se livrant, dans l'ensemble, à une mimique absolument désordonnée, parallèle à une logorrhée incoercible. Son attention volontaire est très difficile à fixer ; on obtient cependant quelques réponses prouvant que l'orientation dans le temps et dans l'espace est tout à fait satisfaisante.

L'interrogatoire permet de déceler, outre un jugement paraissant être plus celui d'une débile que d'une affaiblie, un érotisme bénin, bien dans la note maniaque.

Au milieu de cette agitation motrice et de cette excitation psychique qui occupent le premier plan de ce tableau morbide, on distingue cependant des mouvements incessants des membres de la face. discordants d'avec l'activité psychique, nettement différents des mouvements adaptés. en rapport avec l'excitation intellectuelle. Ces mouvements choréiformes sont particulièrement nets aux bras et aux avant-bras, et secondairement, aux membres inférieurs.

Par un effort d'attention demandé à la malade, on obtient

que ces mouvements cessent ou plutôt diminuent, car ils ne disparaissent pas entièrement ; pendant la période de calme et de repos relatifs, on continue à constater des petits mouvements de flexion et de reptation en même temps que la face reste animée de grimaces.

Malgré cette instabilité motrice extrême et quasi continue E. L... est susceptible d'exécuter quelques actes délicats, comme d'enfiler une aiguille, de verser de l'eau dans un verre, de porter ce verre à sa bouche, sans accomplir des mouvements réellement désordonnés. Elle peut, en outre, tracer plusieurs lignes sans qu'on puisse constater une déformation de son écriture.

La malade présente par contre un trouble très particulier de la parole. Elle avale à certains moments certaines syllabes, de sorte que l'articulation des mots est extrêmement défectueuse, parfois même incompréhensible et que son débit verbal s'en trouve encore précipité. De plus, la malade tend à répéter plusieurs fois de suite certaines phrases, ou certains membres de phrases. (A rapprocher de la palilalie de certains choréiques chroniques).

L'examen neurologique de la malade montre des réflexes patellaires vifs, surtout à, gauche, des réflexes achilléens normaux ; les réflexes tendineux des membres supérieurs, à l'exception des styliens, paraissant très faibles et du radio-pronateur vif à gauche sont normaux.

Il n'existe aucun trouble de sensibilité, le sens des attitudes segmentaires est normal. pas d'hypotonie. La démarche est normale la malade rétablit bien son équilibre dans l'épreuve de la chaise; elle ne présente pas de signe de Romberg ; à noter cependant qu'il existe une adiadococinésie surtout nette à gauche. Rien à l'examen des appareils cardio-vasculaire et pulmonaire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants : Alb. : 0 gr. 20 ; 2 éléments par millimètre cube ; B. W. : négatif ; benjoin : négatif ; Pandy : négatif. Dans le

sérum sanguin : B. W. négatif ; 0 gr. 29 d'urée au litre.

Pendant tout son séjour dans le service de la clinique E. L. a toujours présenté le même aspect ; elle fut transférée le 5 octobre 1929 à l'asile de Maison-Blanche. Nous l'y avons revue tout récemment. D'après les renseignements qui nous furent fournis, la malade était toujours dans le même état depuis son entrée : criant déclamant, parlant sans cesse, gesticulant, insomnique, irritable, euphorique, tenant toujours les mêmes propos stéréotypés et dénués de sens.

Lorsque l'on se trouve en sa présence, le diagnostic qui semble s'imposer immédiatement est celui de manie. Assise sur son lit, les cheveux et les vêtements en désordre, elle ne cesse de parler, riant et pleurant tour à tour, mais dans l'ensemble, nettement euphorique.

Quand on l'examine de plus près, on constate des mouvements incessants et rapides des membres supérieurs de la face, nettement incoordonnés, brusques, imprévus, arythmiques, à type franchement choréique. Ils sont difficilement analysables, ce sont des mouvements de rotation, d'extension au niveau des bras et des avant-bras, d'enroulement des doigts, des grimaces sans expression. A une analyse plus serrée, et par intervalles, il semble que ses mouvements deviennent plus adaptés, comme si en quelque sorte la malade réussissait à « canaliser » son agitation involontaire : elle se frappe le front, se touche l'oreille, les genoux, la chevelure, se frotte les mains, etc...

Les propos qu'elle tient sans arrêt, sur un ton monotone, avec une volubilité extraordinaire, ont toujours le même caractère incohérent que lors de son séjour à la clinique.

Les mêmes thèmes reviennent inchangés. Les rares réponses que l'on obtient d'elle, prouve que l'affaiblissement intellectuel n'a pas progressé, elle sait qu'elle est à Maison-Blanche, qu'elle vient de Sainte-Anne donne approximativement la date, puis repart immédiatement dans des propos sans suite.

L'état général reste bon malgré l'insomnie presque constante.

Notons pour terminer, dans les antécédents de la malade, que sa mère a été internée en 1906 pour manie aiguë avec appoint alcoolique et qu'elle-même a subi une thyroïdectomie en 1911 (Impossibilité de savoir s'il s'agit à cette époque de Basedow).

Dans le cas de cette malade rentrent nettement certains éléments du syndrome maniaque : agitation motrice générale, excitation psychique avec fuite des idées, etc., des troubles délirants de caractère paranoïde, enfin, non seulement des mouvements franchement choréiques, mais aussi des troubles de la parole analogues à ceux que l'on rencontre dans la chorée chronique. Il y a là association certaine, ou mieux véritable intrication des deux syndromes maniaque et choréique.

Il s'agit selon toute vraisemblance, d'un cas de chorée chronique à évolution progressive s'accompagnant de troubles mentaux à type maniaque et évoluant vers la démence.

En terminant ce chapitre, nous citerons le cas d'un malade interné dans le service de la clinique actuellement dans un état d'affaiblissement psychique profond ayant présenté antérieurement depuis 1897 de multiples crises d'excitation maniaque et dans l'observation duquel se trouvent notés des gestes brusques, involontaires rappelant absolument les mouvements choréiques.

ESSAI D'INTERPRÉTATION

Il est difficile de donner une interprétation des faits que nous venons d'exposer. Nous n'avons pas eu la possibilité d'établir dans quelle proportion la coexistence des deux syndromes se rencontre ; cependant, des recherches que nous avons entreprises, nous avons retiré cette impression que l'association des symptômes des deux affections était peut-être moins rare qu'on ne l'admet actuellement.

Mais où l'interprétation devient encore plus délicate, c'est dans le domaine de la physiologie pathologique. La chorée, si longtemps rangée dans les névroses, est maintenant rapportée à des lésions du névraxe, nettement localisées. Certes, tout n'est pas encore élucidé sur ce point. Cependant, la plupart des auteurs se rattachent désormais à la théorie striée. Pour eux, les lésions inflammatoires temporaires de la chorée aiguë, ou subaiguë se font avec élection au niveau du putamen.

Il semble que la localisation striée n'est pas exclusive, dans certains cas, d'une localisation cérébelleuse. Il est des cas, en outre, où les lésions sont beaucoup plus

diffuses, disséminées ; parfois, la corticalité est seule intéressée.

Néanmoins, la théorie striée confirmée par tant de faits positifs, et comme l'a dit Lhermitte, non interprêtée dans un sens trop étroit, mais au contraire, élargie, reste, sans aucun doute, la plus satisfaisante.

Principalement localisées aussi aux corps striés sont les lésions de la chorée chronique, au moins celles de la chorée de Hutington. On sait qu'elles correspondent à deux sortes de lésions associées : lésions des corps striés d'abord, et spécialement du putamen et du noyau caudé (néostriatum) intéressant dans certaines formes le corps de Luys, et d'autre part, lésions corticales, siégeant surtout dans les zones frontales.

Les troubles moteurs seraient ainsi sous la dépendance des localisations néo-striales, alors que les troubles mentaux relèveraient de l'atteinte corticale, ou mieux, de l'interaction des sphères corticale et sous-corticale.

Si l'anatomie pathologique des chorées semble en grande partie fixée et par elle, leur physiologie pathologique éclairée, permettant ainsi de faire remonter, en particulier, la cause des mouvements choréiques à des modifications nerveuses se produisant dans la région des noyaux gris centraux, il n'en est malheureusement pas de même dans la manie, qu'il s'agisse de manie aiguë ou de manie chronique.

Dans ce domaine, tout reste à faire ; les autopsies de maniaques sont extrêmement rares, et lorsqu'elles ont été pratiquées, l'examen anatomo-pathologique n'a donné que des réponses négatives.

Il est bien évident que l'un des termes du problème nous faisant complètement défaut, nous en sommes réduit à de simples hypothèses qu'on ne peut avancer qu'avec la plus grande prudence, et sous d'extrêmes réserves.

Si l'association, dans certains cas, plus fréquents peut-être qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, des troubles choréiques et des troubles maniaques est frappante, il n'en reste pas moins évident que les deux affections restent très différentes et irréductibles l'une à l'autre dans leur cas typiques.

Cependant, en remarquant qu'il est loin d'être exceptionnel de voir coexister les signes intriqués des deux syndromes, il est peut-être permis de penser que leurs rapports physio-pathologiques sont plus étroits qu'il ne paraît logique de le penser, de prime abord.

On sait qu'on a fait jouer aux noyaux gris centraux, dans ces dernières années, un rôle non exclusivement moteur, mais de régulation mentale, et c'est peut-être dans l'interaction corticale et sous-corticale qu'il est possible de rechercher au moins certaines des causes physiopathologiques de la manie.

A plusieurs reprises, on a présenté des cas d'excitation chez les parkinsoniens, présentant quelques points de contact avec l'excitation maniaque et liés, sans doute, pour une grande part au moins, aux lésions mésencéphaliques.

M. Claude a montré la fréquence des troubles de l'humeur et du caractère chez les Parkinsoniens. Il a

présenté plusieurs malades ayant des accès d'excitation alternant avec des périodes de dépression.

Il a insisté sur l'apparition brusque de ces phénomènes et a exposé, en particulier, le cas d'une Parkinsonienne rentrant dans ce type morbide, qui se déclarait contrainte à manifester au moment de ses accès d'agitation, par une sorte de force irrésistible.

Elle se disait incapable de réfréner cette agitation inopportune lorsqu'elle était déclenchée, et s'en montrait honteuse et désolée.

M. Claude admettait, pour expliquer ces troubles mentaux, d'une part, des troubles fonctionnels de la corticalité, et d'autre part, certaines lésions des centres de régulation de l'activité motrice dans l'adaptation de la pensée.

Porot, Gelma, ont rapporté des cas sensiblement identiques s'accompagnant de polyurie et de glycosurie; L'existence des centres présidant à la polyurie et à la glycosurie paraissant certaine, au niveau de la base cérébrale, ces cas permettaient de supposer qu'une même cause agissait sur des centres voisins ; l'un tenant sous sa dépendance l'activité psychique, l'autre, les modifications urinaires.

Urechia, en 1922, rapportait un cas analogue à celui de M. Claude, il s'agissait d'un Parkinsonien présentant des crises brusques d'agitation psycho-motrice, alternant avec des phases de dépression. A l'autopsie, Urechia constata des lésions du noyau caudé, du putamen, du locus niger et du corps de Luys, alors que la

corticalité restait indemne de toutes lésions au moins apparentes.

J. Camus en 1922 mettait en parallèle la bradykinésie et la bradypsychie des Parkinsoniens et les rapportait toutes deux aux lésions du mésencéphale insistant sur le rôle régulateur joué par les noyaux gris centraux au point de vue mental.

Nous ne pouvons que rappeler les expériences faites par cet auteur et celles de deux Italiens : Pagano et Gemelli, étudiant l'influence des régions sous-corticales sur les manifestations de l'émotivité, et qui tendent à confirmer l'hypothèse de l'interdépendance des centres corticaux et sous-corticaux. On sait, d'autre part, que l'émotivité est perturbée dans les lésions du noyau caudé et du noyau lenticulaire.

Signalons enfin que P. Janet pense que le mécanisme de l'excitation psychique des maniaques ne doit pas être recherché dans des modifications de la sphère associative, mais plutôt de la sphère affective.

Si l'on admet cette conception, du rôle de régulation psychique joué par les noyaux gris centraux, il est permis de penser, étant donné les rapports existant entre le syndrome maniaque et le syndrome choréique et leur coexistence dans certains cas, que l'un et l'autre pourraient être produits par des modifications nerveuses siégeant à la base dans des régions sensiblement voisines, tout au moins en partie, ces troubles pouvant dans la manie se diffuser simultanément à des centres et à des systèmes d'association plus haut situés.

Quant à la nature de ces modifications nerveuses il

ne s'agit pas, dans l'accès maniaque symptomatique d'une psychose périodique de lésions inflammatoires semblables à celles que l'on rencontre dans la chorée aiguë ou subaiguë, il s'agit, plus vraisemblablement de troubles purement fonctionnels, ou mieux, dynamiques, — sur lesquels, notre maître, M. Claude, insiste — ; eux-mêmes sous l'influence de toxi-infections variées, que dans un avenir rapproché, il sera peut-être possible de déterminer.

D'autre part, la manie chronique serait due à des altérations du tissu nerveux répondant à des modifications, qui, tout en conservant un caractère particulier, seraient assez voisines de celles de la chorée.

CONCLUSIONS

1° Malgré leurs évidentes différences, il existe entre les syndromes choréique et maniaque un certain nombre de points de comparaison. Il y a tout d'abord entre eux une certaine parenté dans la présentation faite d'activité désordonnée, purement motrice chez le choréique, à la fois psychique et motrice chez le maniaque ;

La chorée et la manie, qui toutes deux peuvent revêtir une forme aiguë et une forme chronique, connaissent toutes deux également, dans un certain nombre de cas, une cause toxi-infectieuse.

Enfin, on peut voir apparaître dans certaines chorées aiguës, ou subaiguës, des troubles mentaux comparables à ceux de la manie et qui peuvent même quelquefois occuper le premier plan du tableau morbide.

2° On peut trouver dans les troubles mentaux généralement observés dans la chorée et tout particulièrememt dans la chorée aiguë, des caractères qui les rapprochent des symptômes maniaques : Irascibilité, mobilité de l'attention, troubles de l'humeur et du caractère.

3° Il est constant d'observer chez des jeunes malades atteints, soit de séquelles chroniques d'un épisode infectieux, soit plus fréquemment de chorée de type dégénératif, une instabilité psycho-motrice considérable ;

Chez certains de ces malades, cette instabilité peut être plus nette encore et aller jusqu'à revêtir un aspect franchement hypomaniaque.

4° Dans les mouvements anormaux rencontrés en neurologie et en psychiatrie, il n'est pas impossible sans préjuger en rien de la nature des phénomènes qui les conditionnent, d'en discerner un certain nombre créant comme une sorte de gamme de transitions entre les mouvements élémentaires automatiques de la chorée et les mouvements très adaptés et très complexes de l'agitation maniaque.

5° Il est des cas cliniques où les syndromes choréiques et maniaque se confondent plus ou moins étroitement, mais d'une manière incontestable, on retrouve, dans ces cas, associés à des mouvements choréiques ou choréiformes, les symptômes cardinaux du syndrome maniaque : fuite des idées, euphorie, agitation motrice diffuse, etc....

6° De par la constatation des analogies et des faits de passage qui existent entre les deux syndromes, il est permis de penser, si l'on admet, d'autre part, le rôle de régulation psychique des noyaux de la base, que les modifications nerveuses qui sont à l'origine de l'état

maniaque siègent, au moins partiellement, dans des régions voisines de celles où se produisent les lésions de la chorée. D'après les travaux modernes, on sait que ces lésions sont principalement localisées au néostriatum (noyau caudé et putamen).

7° Les altérations de la manie chronique répondraient à des modifications des centres nerveux voisines de celles de la chorée, tout en conservant un certain caractère d'autonomie.

8° Quant au mécanisme des phénomènes caractérisant l'accès maniaque, symptomatique d'une psychose périodique, il est légitime de penser, en raison de l'intermittence et de la rétrocession complète des troubles qu'il ne s'agit pas d'états lésionnels organiques. Il s'agirait plutôt de troubles fonctionnels transitoires, ou mieux, dynamiques eux-mêmes sous l'influence de toxi-infections variées qu'un avenir prochain permettra, sans doute, de déterminer.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
H. CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Arndt. — Chorée et psychose (*Archiv. für psychiâtrie*, 1868).

Babonneix. — Les chorées, Paris 1924.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales, 1889.

Banks. — Manie aiguë survenant chez un choréique (*Dublin Hosp. Gazette*, 1860).

Berkley H. J. — Un cas de « Chorea Minor » chez un adulte, avec excitation maniaque (*J. Hopkins Hosp. Bullet.*, 1895).

Bernstein. — Les symptômes psychiques de la chorée de Sydenhan (*Allgemeine Zeitschr. für psychiâtrie*, 1896).

Bernt. — Monographia choreæ sancti-viti, Prague 1810.

Bode. — Un cas de chorée avec troubles mentaux, 1899.

Bonnassiez et Thirial. — Chorée et manie furieuse, Paris 1848.

Bonhoeffer. — Chapitre des psychoses infectieuses (in *Traité d'Achaffenburg*, 1912).

Bouchard, Brissaud. — Tics, par H. Meige (in *Traité de Méd.*, Ed. 1905).

Boutéille (de Manosque). — Traité de la chorée, 1810.

Breton. — Etat mental dans la chorée (*Th. de Paris*, 1893).

Briand et Borel. — Un cas d'encéphalite épidémique, avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans (*Soc. Clin de Méd. Ment.*, juin 1920).

Briand et Porcher. — Séquelles d'encéphalite épid.

Troubles du caractère et excitation psycho-motrice à exacerbation nocturne (*Soc. Clin. de Méd. Ment.*, avril 1921).

Brochu. — Cas de chorée aiguë grave (*Bull. Méd. de Québec*, avril 1900).

Burr. — L'état mental dans la chorée et dans les affections choréiformes (*Journ. Nerv. and Mental diseases*, New-York, 1908).

Churton. — Traitement de la chorée maniaque (*Brit. Med. Journ.*, 25 juillet 1908).

Claude H. — Manie et chorée (*Progrès Médical*, mars 1929).

Claude H. — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Soc. de Psychiatrie*, juillet 1920).

Claude H. — Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien (*Paris médical*, 2 octobre 1920, p. 241-244).

Claude et Lhermitte. — Syndrome choréique avec troubles mentaux (*Encéphale*, février 1909).

Claude P. Meignant et Lamache. — Chorées chroniques et troubles mentaux (*Paris médical*, 4 août 1928).

Couchoud. — Histoire de la manie jusqu'à Kraepelin (*Rev. des Sc. Psych.*, Paris, 1913).

Cowen T.-P. — Manie choréique chez un adolescent (*Journ. Ment. Sc.*, 1897).

Crouzon et Valence. — Les troubles psychiques dans les chorées chroniques (*Revue neurologique*, 1925).

Cullère. — Congrès des aliénistes et neurologistes français, Nantes, 1909.

Cramer. — Psychose dans la chorée (*Traité de Psychiatrie*, 1907).

Daday, X. Abely et Bauer. — Excitation euphorique et chorée chronique (*Soc. Clinique de Médecine Mentale*, mars 1926).

Dieffendorf A.-R. — Cas de chorée dans une psychose maniaque (*Journal of Nerv. and Mental diseases* New-York, mars 1912).

Digoy. — Du délire dans la chorée (*Th. de Paris*, 1890).

Dromard G. — La mimique chez les aliénés, Paris, 1909,

Donkin H.-B. et Hebb R.-G. — Cas de chorée mortelle avec symptômes de manie aiguë (*Médical Times and Gazette*, Londres, 1884).

Emminghaus. — Psycho-Pathologie, 1878.

Euzière et Peset. — Les troubles psychiques dans la chorée de Hutington (*Province Médicale*, 1910, XXI, p. 71).

Festenberg. — Un cas de chorée grave durant la grossesse, avec tranformation en manie (*Deustche Med. Wochenschrifft*, 1897, t. XVIII).

Finkenstein. — Sur les troubles psychiques de la chorée, 1893).

Finny. — Manie choréique (*Bristish Médical Journal*, n° 2.417, 27 avril 1907).

Gerhards. — Sur les troubles psychiques dans la chorée aiguë, 1904.

Girardini. — Psychose choréique de l'âge présénile (*Giornale di Psych.*, 1907, F. 4).

Hasse. — Traité de pathologie spéciale, Stuttgart, 1855.

Joffroy. — Semaine Médicale, 25 février 1893.

Jolly. — Sur la chorée héréditaire (*Neuro-Centralblatt*, 1891).

Koch. — Etude de la chorée aiguë (*Deutsch. Archiv. für Kl. Med.*, t. XL).

Knauer. — Trois statistiques pour l'étude des psychoses associées à la chorée (*Monats chrifft für Psych. und. Neurol.*, 4e cahier, p. 337, avril 1897).

Kopczynski. — Anat. Path. et Path., de la chorée de Sydenham (*Revue Neurologique*, 15 août 1903).

Köppen. — Sur la chorée et autres manifestations motrices dans les maladies mentales (*Archiv. für Psych.*, t. LIX).

Kraft-Ebing. — *Traité de Psych.*, édition 1883, t. I, p. 189.

Ladame — Chorée héréditaire et troubles mentaux (*Arch. de Neur.*, février 1900).

Leidesdorf. — La chorée aiguë dans ses rapports avec les troubles mentaux (*Z. für Psych.*, Neuwied und Leipzig, 1868-1869).

Levy G. (Mlle). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite épidémique (*Th. Paris*, 1922).

Lewis B. — Chorée avec état maniaque (*Médical Times and Gazette*, Londres, 1876).

Maggiotto. — Riforma medici, 18 mai 1904, p. 545.

Mairet. — Folie de la puberté (*Annales Médico-Psychologiques*, t. IX, mai 1889, p. 353).

Mapother. — Symptômes mentaux associés à des manifestations choréiformes (*Journ. Ment. Sc. Londres*, 1911, t. XV, p. 368).

Marce. — Mémoire présenté à l'Académie de Médecine sur l'état mental dans la chorée, 1860.

Mendel. — La manie, Berlin, 1881.

Menereuil. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les chorées aiguës (*Th. de Toulouse*, 1909).

Meyeb — Chorée et manie (*Archiv. für Psych.*, 1870, t. II, p. 535).

Meyer (Harold-N.). — Les psychoses de la chorée (*Journ. of the American Médical Association*, 23 novembre 1901).

Mircoli. — Psychopathie choréique (*Gazetta degli osp. e delle clin.*, 18 janvier 1903, p. 76).

Mislich. — Statistique de cas de chorées avec psychoses. Kiel, 1904.

Moebius. — Sur les troubles mentaux dans la chorée (*Münchner Med. Wochenschr.*, 1892).

Musselwhite W. — Chorée gravidique avec agitation maniaque (*British Médical Journal*, n° 2.422, p. 1302, 1er juin 1907).

Ollivier. — Leçons cliniques, 1880.

Pagano. — Les fonctions du noyau caudé (*Rivista pat. new. e mentale*, juillet 1906).

Petit et Marchand. — Chorée et troubles mentaux (consi-

dérations anatomo-cliniques) (*Revue de Psych.*, septembre 1911, t. LXV, p. 356).

Régis. — *Traité de Psychiatrie.*

Reifenstuhl. — Chorée avec troubles mentaux, 1897.

Remond et Voivenel. — Chorées aiguës et troubles psychiques (*Presse Médicale*, 1910, p. 129).

Riccardo Albericci. — Chorée et manie (*Gazetia degli Osp. e delle clin.*, n° 39, p. 409, 31 mars 1901).

Ritti. — Troubles mentaux dans la chorée (*Union Médic.*, 1873, t. XVI).

Romberg. — *Traité des Maladies Nerveuses*, 1857, p. 514 à 520.

Runge. — Troubles psychiques dans la chorée aiguë (*Archiv. für Psych.*, fasc. 2, 1909).

Russel G. — Contribution à l'histoire clinique de la chorée. Troubles mentaux émotionnels (*Medical Times and Gazette*, Londres 1869, p. 270).

Salgo. — *Traité de Psychiatrie*, 1889.

Sauerwald. — Un cas de chorée aiguë, avec troubles mentaux, Kiel, 1910.

Schechtmann. — Contribution à l'étude des troubles psych. dans les chorées chroniques de l'adulte (*Th. de Paris*, 1910).

Schubart. — Sur les troubles psychiques dans la chorée aiguë, 1903).

Schuchardt. — Chorée et psychose (*Allgemeine Zeitschr. für Psych.*, 1887).

Schule — *Traité des Maladies du Système nerveux*, t. 2.

Séglas. — *Bull. de la Soc. de Méd. Ment. de Belgique* de 1887.

Souques. — Rapport de la 2e Réunion Neurologique internationale, 3-4 juillet 1921 (*Revue Neurologique*, p. 539).

Souza Leite et Cherbuliez. — Chorée et Manie (*Progrès Médical*, 1889).

Steinen. — Sur la participation du psychisme dans le tableau de la chorée, 1875.

Terrasson de Fougère. — Les troubles psychiques dans la chorée de Sydenham (*Th. de Montpellier*, 1912).

Thore. — De la chorée dans les rapports avec l'aliénation mentale (*Annales Médico-psychologie*, t. V, p. 157).

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t II, p. 124.

Urechia C. I. — Encéphalite épidémique avec parkinsonisme et accès transitoires psychomoteurs. Autopsie (*Société Médicale des Hôpitaux*, 28 arvil 1922).

Vicq. — La mort dans la chorée. *Th. de Paris*, 1903).

Viedenz. — Troubles mentaux dans la chorée (*Archiv. für Psych.*, 1909, f. 1.).

Voisin. — Troubles mentaux dans la chorée (*Journal de Méd. Interné*, Paris 1905, t. IX, p. 123).

Vurpas et Léri. — L'état mental dans la chorée de Hutington (*Encéphale*, Paris 1909, t. I, p. 510).

Warin. — Chorée avec délire maniaque (*Soc. de la Moselle*, 1859).

Watson. — Les grandes lois de la thérapeutique pratique (*Deutsche von Steinan*, Leipzig, 1854).

Wicke. — Essai de monographie sur la danse de St-Guy, 1844.

Wiglesworth. — Deux cas de troubles mentaux associés à la chorée (*Journal of Ment. Sc.*, Londres 1882).

Wilks. — *Médical Times*, Londres 1868.

Wunderlich. — *Traité de Pathologie Spéciale*, Stuttgart 1854

Ziemsen. — *Traité de Pathologie Spéciale*, 1875.

Zinn. — Relations de la chorée et des troubles mentaux *Arch. für Psych.*, t. XXVIII, f 2, 1896).